

Als goede zorg onbetaalbaar wordt

Zorgethisch onderzoek naar morele stress, zingeving
en hun onderlinge relatie bij wijkzorgverleners



Marloes van Zoelen

Naam: Mirthe Raske
E-mail: mirthe.raske@student.uvh.nl
Studentnummer: 1030507

Begeleider: Prof. Dr. Carlo Leget
Tweede lezer: Dr. Pieter Dronkers
Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget
Datum: 28 juni 2024
Universiteit voor Humanistiek
Masterthesis Zorgethiek en Beleid
Aantal woorden: 23.271

Al zijn de kosten van 't systeem reëel,
Al moet je dagelijks op de centen letten.
Het gaat uiteindelijk niet om de budgetten.
Het is een roeping, 't is niet commercieel.

Je gaat niet in de zorg voor het gewin.
Je eerste drijfveer is niet het salaris,
al is 't belangrijk dat dat voor elkaar is.
Compassie geeft het leven werkelijk zin.

Sta even stil bij werkers in het veld.
Geloof nog in de kracht van idealen.
't Zijn niet budget, begrotingsruimte, geld,
die met elkaar de kwaliteit bepalen.

Voor hart en hand van zorgverleners geldt:
ze zijn, voorheen en nu, niet te betalen.

Jan Terlouw

Voorwoord

Zorg. Op een zeker moment in ons leven krijgen we er allemaal mee te maken. Er wordt voor je gezorgd of je zorgt voor een ander, in een private of misschien professionele setting. In Nederland hebben we het geluk dat we, wanneer we ons in een kwetsbare fase begeven, we zorg van zorgprofessionals mogen ontvangen, ook in de thuissituatie. Deze zorg is echter de laatste jaren enorm onder druk komen te staan. De zorg moet immers betaalbaar blijven. Dit vormt dan ook de aanleiding voor mijn onderzoek, want wat als goede zorg onbetaalbaar wordt? De afbeelding op de voorpagina symboliseert voor mij de menslievendheid waarmee de respondenten zorgen en de reflectie die het vraagt om het goede te blijven doen. Het symboliseert de tweestrijd die de respondenten in mijn onderzoek ervoeren: doen wat goed is of doen wat volgens de regels mag? De bevlogenheid en compassie die zij ervaren in de zorg wordt soms tenietgedaan door de regels waaraan voldaan dient te worden. De zorg is ziek en dat raakt mensen.

Het schrijven van deze thesis markeert voor mij het einde van een bijzondere studieperiode aan de Universiteit voor Humanistiek. Het was boeiend, leerzaam en vooral uitdagend. Uitdagend om een baan, gezin en studie te combineren, maar ook uitdagend om mezelf te ontwikkelen, mijn horizon te verbreden en te reflecteren op mijn eigen denken en doen. De opleiding heeft me veel nieuwe inzichten gebracht die ik mee zal nemen in mijn persoonlijk leven en in mijn verdere loopbaan.

Van de gelegenheid wil ik gebruik maken om mijn dank uit te spreken naar de respondenten in dit onderzoek. Dank voor jullie openheid, bereidwilligheid, bevlogenheid en tijd. Daarnaast gaat dank uit naar mijn begeleider, Carlo Leget. Dank voor de inzichten, de support en vooral ook de tijd en ruimte die ik kreeg om dit onderzoek af te ronden. Dank aan de tweede lezer, Pieter Dronkers. Dank jullie wel, kritische vrienden, voor het luisterend oor en het meedenken.

Maar bovenal dankjewel Onno, Lotte en Sanne, dat jullie mij de ruimte gaven om deze studie te volgen. Dankjewel mama, voor de onvoorwaardelijke support en alle extra dagen oppassen. Dank jullie wel lieve familie en vrienden voor de steun, interesse, ruimte en geduld. Zonder jullie was ik nooit zo'n eind gekomen.

Veel leesplezier.

Mirthe Raske

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Probleemstelling en doelstelling	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Maatschappelijk probleem	6
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Onderzoeksvraag.....	10
1.5 Doelstelling.....	10
1.6 Leeswijzer	10
2. Methode.....	11
2.1 Onderzoeksbenadering	11
2.2 Verantwoording literatuur en bronnenselectie.....	11
2.3 Onderzoeksmethode	12
2.4 Casusdefinitie en onderzoekseenheden	12
2.5 Dataverzameling.....	13
2.6 Data-analyse.....	13
2.7 Ethische overwegingen	14
3. Theoretisch kader.....	15
3.1 Zorgethiek	15
3.2 Macht en positie.....	19
3.3 Kwetsbaarheid en precariteit	21
3.4 Morele stress.....	22
3.5 Zingeving in zorg.....	24
Deelconclusie	26
4. Empirische bevindingen	28
4.1 De respondenten.....	28
4.2 Goede zorg	29
4.3 Zingeving	33
4.4 Morele stress.....	36
4.5 Synthese goede zorg, morele stress en zingeving	42
5. Zorgethische analyse.....	44
5.1 Goede zorg	44
5.2 Morele stress.....	47

5.3 Zingeving	49
5.4 Deelconclusie	51
6. Conclusie en aanbevelingen	52
6.1 Conclusie	52
6.2 Aanbevelingen.....	53
7. Kwaliteit van het onderzoek.....	54
7.1 Betrouwbaarheid	54
7.2 Geloofwaardigheid	54
7.3 Overdraagbaarheid	55
Literatuur	56
Bijlage 1: Informatiebrief	58
Bijlage 2: Interviewguide	64
Bijlage 3: Voorbeeld portret - Anne	65
Bijlage 4: fragmenten uit reflexief dagboek	66

1. Probleemstelling en doelstelling

Dit eerste hoofdstuk bevat de aanleiding voor het onderzoek, gevolgd door de maatschappelijke- en wetenschappelijke relevantie. Vervolgens zijn in de vierde en vijfde paragraaf de probleemstelling en doelstelling omschreven.

1.1 Aanleiding

In het afgelopen decennium is er veel veranderd in de ouderenzorg. Waar men in 2010 nog naar het woonzorgcentrum kon verhuizen vanwege een lichte zorgvraag, is het in 2022 verschoven naar 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'¹. In de wijkverpleging zien we in de loop der jaren veranderingen waarbij de wijkzorgmedewerkers steeds minder mogen doen en steeds meer moeten werken aan het vergroten van de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt.

Tot vier jaar geleden werkte ik zelf als wijkverpleegkundige en was verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Vaak zag ik dat de zorgvraag zoveel groter was dan waar tijd voor geïndiceerd kon worden. Steeds weer was er die druk om doelmatiger te werken, wat resulteert in minder tijd per cliënt en het zo snel mogelijk beëindigen van de zorg. De zorgplannen werden steeds 'kariger', want een boterham smeren hoort niet bij de wijkverpleging vanuit de zorgverzekeringswet. Ook de zorgverleners in mijn team voelden deze druk en daar werd zeer verschillend mee omgegaan. De een hield zich strikt aan het zorgplan, de ander kwam terug in eigen tijd om bijvoorbeeld toch even een boodschapje langs te brengen, een uitgebreider praatje te maken of een maaltijd op te warmen. Zowel bij mijzelf als bij mijn team merkte ik continue tweestrijd: doen wat mag of goede, menslievende zorg verlenen en aansluiten bij de zorgbehoefte van de ander? Dit had effect op de manier waarop ik zingeving ervoer in mijn werk in de zorg en was mede onderdeel van mijn verandering van baan richting kwaliteits- en beleidsmedewerker in de ouderenzorg. Vanuit deze positie wil ik graag aandacht hebben voor de behoeften van de zorgmedewerkers in de wijkverpleging. Geregeld spreek ik collega's in de wijkverpleging met soortgelijke ervaringen als mijn eigen ervaringen. Het is vaak een tweestrijd: doen wat mag, of doen wat ik goede zorg vind voor mijn cliënt? Daarnaast hebben mijn eigen ervaringen van morele stress eraan bijgedragen dat ik ben gestart met de opleiding Zorgethiek en Beleid.

1.2 Maatschappelijk probleem

De splitsing van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) in onder andere de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (hierna: WMO) en de Zorgverzekeringswet maakten dat er strikte scheidslijnen kwamen tussen maatschappelijke ondersteuning vanuit de WMO en verpleging en verzorging vanuit de Zorgverzekeringswet². Dit had effect op de invulling van het werk van wijkzorgverleners, omdat hun taken zich alleen nog richten op taken

¹ Ministerie voor Volksgezondheid, welzijn en Sport (2022). *WOZO, programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen*. Verkregen op 12 januari 2023 van: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>

² Kuijper, K. (2014). *AWBZ: alle wijzigingen op een rij*. Verkregen op 12 januari 2023 van: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

horend bij verpleging en verzorging in de geneeskundige context³. Taken rondom welzijn en huishoudelijke ondersteuning mogen niet meer vanuit de Zorgverzekeringswet worden gefinancierd. Deze hervormingen in de langdurige zorg hebben er ook voor gezorgd dat er een grote verschuiving plaatsvond in de inhoud van de zorg. Niet langer ‘zorgen voor’, maar ‘zorgen dat’⁴. Dit houdt in dat de zorg meer coördinerend en faciliterend is geworden en minder zorgend, waarbij de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt vergroot worden. De wijkverpleegkundige heeft hier een grote rol in gekregen, zij indiceert sinds 2015 de zorg. De wijkverpleegkundige heeft daarmee een poortwachtersfunctie en bepaalt daardoor wie welke zorg mag ontvangen. Van deze wijkverpleegkundigen wordt verwacht dat zij de zorg indiceren op efficiënte, effectieve en doelmatig wijze⁵. Voor zorgverleners in de wijk betekent dit dat zij op een andere manier moesten gaan werken. Minder tijd bij de cliënt thuis, vaker ‘nee’ zeggen, de cliënt stimuleren dingen zelf of samen met mantelzorg doen en waar mogelijk hulpmiddelen inzetten⁶.

Met de hervormingen in de langdurige zorg, is ook de macht van de zorgverzekeraars groter geworden⁷. De zorgverzekeraars publiceren jaarlijks een inkoopbeleid, waarin onder andere is omschreven welke zorg wel en niet gedeclareerd mag worden. Waar voorheen een wijkverpleegkundige op basis van professionele autonomie mocht bepalen welke zorg een cliënt nodig had, is dit steeds meer gebonden aan regels vanuit de zorgverzekeraar. Zo mag pas fysieke hulp bij medicatie worden geïndiceerd wanneer digitale toepassingen, zoals een medicijn dispenser, niet voldoende blijken⁸. Jaarlijks vindt de zorginkoop door verzekeraars plaats en wordt onder andere onderhandeld over tarieven, gemiddelde zorgduur en het aantal uren per cliënt per maand. Veel zorgorganisaties ervaren met name op het gebied van de financiën een grote invloed van zorgverzekeraars en vinden de eisen niet altijd passend en wenselijk⁹.

³ V&VN | Wijkverpleging (2022). *Notitie geneeskundige context in de wijkverpleging*. Verkregen op 19 januari 2023 van: <https://www.venvn.nl/media/4xuahadf/20221114-notitie-geneeskundige-context-in-de-wijkverpleging.pdf>

⁴ Oelen, M. (2015). *Zorgen voor verandert naar zorgen dat*. Verkregen op 19 januari 2023 van: <https://www.nursing.nl/zorgen-voor-verandert-naar-zorgen-dat-2696029w/>

⁵ V&VN | Wijkverpleging (2022). *Notitie geneeskundige context in de wijkverpleging*. Verkregen op 19 januari 2023 van: <https://www.venvn.nl/media/4xuahadf/20221114-notitie-geneeskundige-context-in-de-wijkverpleging.pdf>

⁶ Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (2014). *De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?* Verkregen op 20 januari 2023 van: <https://www.staten-generaal.nl/eu/overig/20140702/brochure-de-maatschappij-verandert/document>

⁷ Oerkamp, M. (2019). *Niet marktwerking, maar scheve machtsverhouding probleem in zorg*. Verkregen op 19 januari 2023 van: <https://www.skipr.nl/blog/niet-marktwerking-maar-scheve-machtsverhouding-probleem-in-zorg/>

⁸ Menzis (2023). *Zorginkoopbeleid 2024, duurzaam toegankelijke ne betaalbare zorg*. Verkregen op 3 februari 2024 van: <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/inkoopbeleid-2024>

⁹ Dijk, T. van, Janssen, R. & Scheer, W. van der (2021). *Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend*. Verkregen op 6 februari 2024 van: <https://esb.nu/zorgbestuurders-vinden-de-eisen-van-verzekeraars-niet-altijd-wenselijk-en-passend/#:~:text=Bestuurders%20in%20de%20verpleging%2C%20verzorging,dan%20bestuurders%20in%20de%20gehandicaptenzorg.>

Ook speelt het 'zorginfarct' een rol bij de veranderingen in de gehele zorgsector in Nederland, en specifiek ook in de wijkverpleging. Het zorginfarct houdt in dat de gezamenlijke zorgvraag steeds groter wordt en het aantal medewerkers niet mee kan groeien met deze vraag, zo blijkt uit het rapport van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (Hierna: WOZO). De kosten stijgen tot recordhoogte en deze groei kan niet zo doorgaan wordt ditzelfde rapport vermeldt. 'We willen anders, we moeten anders, we kunnen anders' luidt het programma. Maar willen 'we', de Nederlandse burgers die een behoefte hebben aan zorg of juist in die behoefte van anderen voorzien, wel het 'anders' dat steeds meer gefocust is op zelfredzaamheid? Uit onderzoek naar zorgmedewerkers die de ouderenzorg hebben verlaten bleek dat zij minder voldoening in hun werk ervoeren en te weinig tijd hadden voor de cliënten en dit voor hen reden was om in een andere sector te gaan werken¹⁰.

De voorzitter van branchevereniging ZorgThuisNL beschrijft een verschraling van de thuiszorg: steeds meer cliënten moeten helpen in minder tijd, hoge werkdruk en geen tijd meer om een kopje koffie met de cliënt te drinken¹¹. Uit het rapport van het Nivel¹² blijkt dat met name het minder tijd hebben voor cliënten het werkplezier op een negatieve manier beïnvloedt. Ongeveer driekwart van de ondervraagden heeft in het onderzoek aangegeven dat zij graag meer medewerkers in de directe zorg, minder werkdruk en minder administratieve lasten het werk aantrekkelijker zouden maken. In hetzelfde rapport wordt vermeld dat zorgmedewerkers in de langdurige ouderenzorg veel voldoening halen uit de relatie met hun cliënten. Het opbouwen en onderhouden van deze relatie kan door de eerdergenoemde verschraling onder druk komen te staan.

Concluderend, door alle veranderingen in de zorg die met name vanaf 2015 doorgevoerd zijn, kunnen wijkzorgmedewerkers niet altijd meer zorgen op een wijze die zij als goede zorg zien. De ervaring dat niet de zorg gegeven kan worden die als goede zorg wordt gezien, kan leiden tot morele stress¹³, die vervolgens weer bij kan dragen aan het minder ervaren van voldoening in het werk.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Sociale, institutionele of procedurele beperkingen kunnen verpleegkundigen belemmeren om de zorg uit te voeren op een manier die bij hun professionele waarden past, wat bij kan dragen aan de ervaring van morele stress (Riedel et al., 2022). Morele stress kan worden omschreven

¹⁰ Lang, J. & Poley, J. (2018). *Waarom zeggen medewerkers in zorg en welzijn hun baan op?* Verkregen op 2 februari 2023 van: <https://www.pfzw.nl/content/dam/pfzw/web/sociale-partners/00-09-2018-waarom-vertrekken-medewerkers-uit-de-zorg.pdf>

¹¹ Dozeman, A. (2022). *Onder druk van zorgverzekeraars moet wijkverpleging zo snel en goedkoop mogelijk.* Verkregen op 4 februari 2024 van: <https://www.rtvnoord.nl/nieuws/953909/onder-druk-van-zorgverzekeraars-moet-wijkverpleging-zo-snel-en-goedkoop-mogelijk>

¹² Brinkman, M., Veer, A.J.E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, Francke, A.L. (2018). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2017: cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg.* Verkregen op 5 februari 2024 van: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-aantrekkelijkheid-van-werken-de-zorg-2017-cijfers-en-trends-voor-verpleegkundigen>

¹³ Spekkink, A. (n.d.). *Morele stress.* Verkregen op 12 februari 2024 van: <https://www.venvn.nl/thema-s/ethiek/morele-stress/>

als een negatief gevoel of een psychologische onevenwichtigheid die ontstaat wanneer iemand denkt te weten wat het moreel goede is om te doen, maar dit niet mogelijk is door bijvoorbeeld tijdsdruk, wet- en regelgeving of het gebrek aan macht (Morley et al., 2017).

Wanneer verpleegkundigen werken in een omgeving waarin zij weinig invloed kunnen uitoefenen ervaren zij meer morele stress (Riedel et al., 2022; Atabay et al., 2015). Ook beïnvloedt het ethische klimaat binnen een organisatie de mate van ervaring van morele stress, zowel op positieve als negatieve wijze (Atabay et al., 2015; Oh & Gastmans, 2015). Oh en Gastmans (2015) hebben een literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij ze negentien onderzoeken over morele stress hebben onderzocht. Een vijftal onderzoeksvragen, uiteenlopend van frequentie van morele stress tot de gevolgen en wijze van omgaan met morele stress stonden centraal. Volgens Oh en Gastmans (2015) spelen, naast het negatieve ethische klimaat, ook het geven zorg die niet aansluit op de zorgbehoefte en het personeelstekort een rol in de mate van het ervaren van morele stress.

Uit onderzoek van Oh en Gastmans (2015) blijkt op basis van het literatuuronderzoek dat het ervaren van morele stress kan leiden tot emotionele uitputting, een cynische houding ten opzichte van de zorg voor patiënt en het verlaten van de zorg. Wanneer zorgverleners meer morele stress ervaren heeft dat een negatief effect op de mate waarin voldoening wordt ervaren in de zorg (Ando & Kawano, 2018).

Van Heijst (2005) schrijft over ontzieling in de zorg. Hiermee wordt bedoeld dat zorgorganisaties in de geschiedenis veelal vanuit ethische overwegingen zorg verleenden, maar deze ethische grondslag gaandeweg meer vervangen is door een economische grondslag. De spirituele en morele impuls voor het geven van zorg, de oorspronkelijke bedoeling, raakt meer naar de achtergrond. Zorg is een product geworden, afhankelijk van vraag en aanbod, afhankelijk van de markt. Beleidsmakers in de zorg lijken zich met name te schikken naar de regels en eisen die de markt stelt en ervaringen van zorgverleners en ontvangers spelen zelden een rol bij beleidsvorming (Van Heijst, 2005).

Wanneer de betekenis van zorg meer naar de achtergrond raakt, kan dit effect hebben op het ervaren van zingeving in het werk. De ervaring van betekenis en zingeving in het verpleegkundig beroep draagt bij aan de intrinsieke motivatie om te werken in de zorg (Lee, 2015). Het van betekenis zijn voor de ander is een existentiële drijfveer om het werk op een goede manier uit te voeren (Lee, 2015). Van der Leer (2020) beschrijft daarnaast het belang van relationaliteit tussen zorgverleners en zorgontvangers in de zingeving van zorgverleners in hun werk.

De gevonden wetenschappelijke onderzoeken gaan voornamelijk over verpleegkundigen of zorgmedewerkers in het algemeen en er is geen specifiek onderzoek gevonden over de ervaring van morele stress door wijkzorgmedewerkers. Daarnaast is uit de literatuur nog niet helder een link tussen morele stress en zingeving gevonden.

De genoemde veranderingen in de wijkverpleging en het mogelijke effect van deze veranderingen op wijkzorgverleners benadrukken het belang van onderzoek naar de geleefde ervaringen van deze zorgverleners. Een zorgethische benadering in dit onderzoek zoomt in op

deze geleefde ervaringen in de dagelijkse zorgpraktijken en focust daarbij op de relatie tussen zorgvrager en diens omgeving en zorgverlener, maar ook tussen zorgverlener en instituties die mogelijk invloed hebben op de ervaringen van de zorgverlener. Het doel hiervan is om de essentie van morele stress bij wijkzorgverleners diepgaand te begrijpen door het verbinden van theoretisch en empirisch onderzoek.

1.4 Onderzoeksvraag

Hoofdvraag:

Wat is essentie van de geleefde ervaring van morele stress, zingeving en hun onderlinge relatie bij wijkzorgverleners en wat voor inzichten kunnen van hieruit worden ontwikkeld vanuit zorgethisch perspectief over goede zorg in een tijdperk waarin zorg marktgericht is vormgegeven?

Deelvragen:

- Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten morele stress en zingeving in het werken in de zorg?
- Wat zijn de essenties van de geleefde ervaring van morele stress en zingeving in het werk van wijkzorgverleners en hoe verhouden deze zich tot elkaar?
- Wat voor inzichten kunnen van hieruit worden ontwikkeld vanuit zorgethisch perspectief over goede zorg in een tijdperk waarin zorg marktgericht is vormgegeven?

1.5 Doelstelling

De interne doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in- en begrijpen van de ervaring van wijkzorgverleners met betrekking tot morele stress, zingeving in het werk en hun onderlinge relatie. Dit wordt gedaan door de zorgethische literatuur over morele stress/kwetsbaarheid, precariteit, macht en positie en zingeving te verbinden met de empirische data. De externe doelstelling van onderzoek is het creëren van bewustwording over de mogelijke gevolgen van alle veranderingen in de zorg voor de zingeving die zorgverleners ervaren in het werk. Daarnaast wordt getracht met het onderzoek echt te luisteren naar de stem van de wijkzorgverleners, zodat hun stem in de toekomst ook meer mag klinken in de oplossingen van het zorgprobleem waar we in Nederland mee te maken hebben.

1.6 Leeswijzer

Het onderzoek bestaat uit een theoretisch onderzoek en een empirisch onderzoek. In het tweede hoofdstuk is voor beide onderdelen de methode beschreven en onderbouwd. Door middel van literatuuronderzoek wordt in het derde hoofdstuk antwoord gegeven op de vraag welke inzichten zorgethische literatuur biedt over de concepten morele stress en zingeving, de eerste deelvraag. Het daaropvolgende, vierde hoofdstuk bevat de resultaten van het empirisch onderzoek, waarmee de tweede deelvraag beantwoord wordt. Het vijfde hoofdstuk bevat de zorgethische analyse, waardoor theorie en empirie aan elkaar verbonden zullen worden. De conclusies zijn beschreven in het zesde hoofdstuk, gevolgd door de discussie en aanbevelingen in het zevende, laatste hoofdstuk.

2. Methode

Dit hoofdstuk bevat de methodologische onderbouwing van het onderzoek. Eerst wordt ingegaan op de gekozen onderzoeksbenadering voor zowel de literatuurstudie als het empirisch onderzoek, gevolgd door een uitleg van de data-verzameling, analyse en kwaliteitscriteria.

2.1 Onderzoeksbenadering

In overeenstemming met de Utrechtse zorgethiek, bestaat het onderzoek uit een theoretisch onderdeel en een empirisch onderdeel. Binnen deze variant van zorgethisch onderzoek is het gebruikelijk om een dialectische verbinding te maken tussen dat theoretisch- en empirisch onderzoek (Leget et al., 2019). Een uitgangspunt van de zorgethiek is dat zorg plaatsvindt in zorgpraktijken. Zorgethisch onderzoek richt zich dan ook op die praktijken en brengt dit in verbinding met theoretische concepten. Door de verbinding tussen theorie en praktijk kunnen beide worden verrijkt en diepgaand worden begrepen (Leget et al., 2019). Door theoretisch onderzoek te doen naar de concepten morele stress en zingeving, kunnen de geleefde ervaringen van de respondenten in het onderzoek beter begrepen worden. Vanuit het principe van meedenken – tegendenken – omdenken wordt kritisch naar de verbinding, overeenkomsten en verschillen tussen de theoretische concepten en empirische data gekeken, zodat de empirische data de theoretische concepten mogelijk kunnen verrijken (Vosman & Niemeijer, 2017).

Het doel van het onderzoek is het diepgaand begrijpen van de geleefde ervaring van de respondenten van morele stress en zingeving in het werk, wat past binnen het sociaal constructivistisch paradigma. Het ontologische uitgangspunt binnen het sociaal constructivisme beschrijft dat er meerdere waarheden zijn, die gevormd worden door de geleefde ervaringen van individuen in relatie met anderen (Creswell & Poth, 2018, p. 35). Om deze waarheden te begrijpen, is het onderzoeken van de context waarin respondenten leven en werken van belang (Creswell & Poth, 2018, p.24).

Voor het onderzoek is een fenomenologische onderzoeksbenadering gekozen. Heidegger beschreef fenomenologie als: *“unfolding, breaking apart, and, ideally, revealing what is concealed about this, or any other phenomenon”* (Johnson & Parry, 2015, p. 104). Door het fenomeen ‘morele stress’ en het concept ‘zingeving’ vanuit een fenomenologische onderzoeksbenadering te onderzoeken, is gezocht naar overeenkomsten tussen de verschillende ervaringen van het fenomeen en het concept van de verschillende respondenten. Op deze wijze is een essentie geformuleerd en kan onderzocht worden hoe morele stress en zingeving zich tot elkaar verhouden (Creswell & Poth, 2018, pp. 75-82; Johnson & Parry, 2015, pp. 102-104).

2.2 Verantwoording literatuur en bronnenselectie

Door middel van een literatuurstudie wordt de eerste deelvraag beantwoord, zie hiervoor het derde hoofdstuk. Via Google Scholar, PubMed en Worldcat is naar relevante literatuur gezocht over onder andere morele stress en morele kwetsbaarheid, precariteit, machtsverhoudingen en zingeving. Vervolgens is de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij in relevante artikelen

naar de verwijzingen wordt gekeken om zo tot meer relevante literatuur te komen. In de selectie van bronnen is voornamelijk gekeken naar de mate waarin deze aansluiten bij de doelgroep en situatie van het onderzoek.

De zoektermen die zijn gebruikt zijn in onderstaande opsomming uitgeschreven. Er is zowel gezocht op enkele termen als een combinatie van onderstaande zoektermen.

- Morele stress / moral distress / morele kwetsbaarheid / moral vulnerability / moral injury
- Precariteit / precarity / vulnerability / relationaliteit / power relations / machtsverhoudingen / zeggenschap
- Zingeving / betekenis / meaning / existential drive / existential meaning / existentiële betekenis / zinvinding / zingeving+werk

De daarbij gevonden artikelen zijn gescreend door het lezen van de samenvattingen. Daarbij is gezocht naar artikelen met een zorgethische onderzoeksmethode.

2.3 Onderzoeksmethode

Met het onderzoek is getracht diepgaand te begrijpen hoe wijkzorgverleners morele stress ervaren en hoe deze zich verhoudt tot ervaren zingeving in het werk. Passend bij de zoektocht naar de essentie van de geleefde ervaring is de Reflective Lifeworld Approach van Dahlberg en Dahlberg (2019). De ervaringen van wijkzorgmedewerkers spelen zich af in hun leefwereld en de reflexieve houding van de onderzoeker is nodig om die leefwereld te kunnen onderzoeken (van der Meide, 2014).

In de aanleiding is beschreven dat de onderzoeker zelf ervaringen heeft van morele stress en zingeving in dezelfde setting als de setting van het onderzoek. Door het toepassen van *bridling* het beschrijven van de eigen ervaringen, wordt getracht de eigen ervaringen te identificeren en zoveel mogelijk buiten het onderzoek te houden, om zo volledig op de ervaringen van de respondenten te richten (Creswell & Poth, 2018, p.77). In bijlage 4 is een voorbeeld opgenomen van de wijze waarop *bridling* is toegepast.

2.4 Casusdefinitie en onderzoekseenheden

Aan het onderzoek hebben vijf respondenten deelgenomen. Het gaat om een verzorgende IG, een verpleegkundige, twee wijkverpleegkundigen en een casemanager dementie. Zij zijn allen werkzaam in de wijkverpleging bij Zonnehuisgroep Noord, een ouderenzorgorganisatie in de provincie Groningen. Er is gekozen voor deze onderzoeksgroep omdat deze groep primair te maken heeft met de veranderingen in de wijkverpleging en het effect daarvan op de dagelijkse zorgpraktijken, bij de cliënt thuis. Binnen de onderzoeksgroep is er wel enige verscheidenheid aan de hoeveelheid invloed en zeggenschap over de zorg die de cliënt ontvangt, afhankelijk van de functie van de respondent. Zo hebben wijkverpleegkundigen de taak zorg te indiceren en hebben op deze wijze enige invloed op welke zorg en hoeveel zorg een cliënt ontvangt. De verpleegkundigen en verzorgenden hebben deze invloed niet en zijn daarvoor afhankelijk van

de wijkverpleegkundigen¹⁴. Dit maakt het mogelijk lastiger om een essentie te formuleren, maar gezien zij allen wel een vorm van morele stress ervoeren zijn zij toch allen geïnccludeerd (Creswell & Poth, 2018, pp. 81-82).

2.5 Dataverzameling

Voor het theoretisch kader werd via de zoekmachines PubMed, Google Scholar en WorldCat naar relevante literatuur gezocht. Daarnaast is er gebruik gemaakt van diverse boeken die de afgelopen jaren tot de verplichte of aanbevolen literatuur behoorden of passend werden bevonden in de oriëntatie op dit onderwerp. In de selectie van literatuur is rekening gehouden de context van de literatuur, zoals culturele achtergronden die mogelijk van invloed zijn. Een voorbeeld hiervan is literatuur over zingeving. Zingeving is zeer cultureel bepaald en daarom is alleen gebruik gemaakt van Nederlandstalige literatuur.

Centraal in zorgethisch onderzoek staan ook het meedenken, tegendenken en omdenken (Leget et al, 2019). Hiervoor was het dus van belang dat ook in de literatuur naar tegengeluiden werd gezocht.

Voor het empirisch deel van het onderzoek wordt informatie verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Door enkele open vragen vooraf op te stellen, wordt richting gegeven aan het interview (Johnson & Parry, 2015). Vanwege de haalbaarheid in de tijd is de onderzoeksgroep beperkt tot vijf respondenten. Na het voeren van de interviews met deze vijf respondenten is bepaald of er voldoende data was om het onderzoek op een goede manier uit te kunnen voeren. Dit bleek het geval. De opgehaalde data waren veelomvattend en divers van aard. Het nadeel aan deze onderzoeksgroep is dat de interviews niet konden plaatsvinden op de locatie waar de zorg wordt uitgevoerd, omdat zij immers van cliënt naar cliënt reizen.

2.6 Data-analyse

De interviews met de respondenten zijn opgenomen en opgeslagen op de daarvoor bestemde schijf van de Universiteit voor Humanistiek. Direct na de interviews zijn aantekeningen gemaakt van de interviews, waarin onder andere observaties zijn beschreven. Daarnaast werd door de onderzoeker na het interview 'bridling' toegepast, wat inhoudt dat de onderzoeker continu reflecteert op de eigen leefwereld, denkwijze en vooronderstellingen en de invloed die deze hebben op de interpretatie van de data (Van der Meide, 2014). Om de betrouwbaarheid van de data te vergroten, is een portret geschreven van de deelnemers, zie hiervoor bijlage 3. Deze portretten bevatten een beschrijving van de deelnemers, zowel over hen als persoon, hun achtergrond maar ook in hoofdlijnen wat zij gezegd hebben over de drie thema's van de interviews: goede zorg, zingeving en morele stress. Deze portretten zijn met de deelnemers gedeeld, om te controleren of de opvattingen van de onderzoeker juist waren en hetgeen gezegd is op een passende manier is geïnterpreteerd. Alle respondenten hebben positief gereageerd op deze portretten.

De interviews zijn volledig getranscribeerd, wat zo'n honderd pagina's aan data heeft opgeleverd. Na het transcriberen heeft codering plaatsgevonden aan de hand van de vier fasen

¹⁴ V&VN (2019). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Verkregen op 12 januari 2024 van: <https://www.venvn.nl/media/2ofdarne/20190607-expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf>

van de reflective lifeworld approach van Dahlberg, Dahlberg & Nyström (Van der Meide, 2014). Om zo dicht mogelijk bij de data te blijven, is geen ander materiaal dan de empirische data gebruikt in de data-analyse (Van der Meide, 2014). In eerste instantie zijn in de ruwe data de zinnen en zinsdelen gearceerd die van belang werden geacht in het licht van dit onderzoek. Vervolgens is hier een code aangehangen, om enigszins richting te geven aan de analyse. In de volgende stap zijn de codes geprint, geknipt en is er veelvuldig geschoven met de fragmenten en codes om tot de juiste verbanden te komen, wat overeenkomt met de methode die van der Meide (2014) beschrijft.

2.7 Ethische overwegingen

Ten tijde van het indienen van het onderzoeksvoorstel bij de Universiteit voor Humanistiek is het formulier voor de ethische toetsing ingediend en goedgekeurd. Indirect staat er wel een beloning tegenover voor de deelnemers in de vorm van werktijd. Hiervoor is gekozen om de deelnemers te compenseren voor de tijd die zij hebben besteed aan het onderzoek. De resultaten van het onderzoek worden ook gedeeld binnen de zorgorganisatie waar de deelnemers en de onderzoeker werkzaam zijn. In het werven van deelnemers is er bewust voor gekozen om niet met de deelnemers te delen dat de tijd die zij besteden aan het onderzoek als werktijd geschreven mag worden, zodat dit niet van invloed is op de keuze die zij maken om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek.

De deelnemers hebben vooraf het formulier voor geïnformeerde toestemming toegezonden gekregen. Voorafgaan aan de interviews is het formulier gezamenlijk doorgenomen en hebben de deelnemers het formulier getekend. Aan een deelnemer is expliciet gecommuniceerd dat binnen de organisatie mogelijk herleidbaar is wie zij is, aangezien er maar zeer weinig mensen haar functie hebben. Voor deze deelnemer was dit geen enkel probleem. Aan de deelnemers is vooraf gevraagd op welke locatie zij graag het interview wilden houden, om de anonimiteit te vergroten indien gewenst.

Na het onderzoek is met de deelnemers contact geweest, onder andere om te vragen hoe zij het onderzoek hebben ervaren en of het voldeed aan hun verwachtingen en ze eventueel nog na wilden bespreken.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen van het theoretisch onderzoek uitgewerkt. Hiermee wordt de eerste deelvraag: 'Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten morele stress en zingeving in het werken in de zorg?' beantwoord. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, wordt eerst ingezoomd op de zorgethiek. Het uiteenzetten van goede zorg vanuit zorgethisch perspectief is eveneens nodig om antwoord te kunnen geven op de vraag welke inzichten ontwikkeld kunnen worden over goede zorg. Vervolgens zijn verschillende critical insights vanuit de zorgethiek van toepassing zijn op dit onderzoek verder uitgewerkt, gevolgd door de uitwerking van de theoretische concepten morele stress en zingeving.

3.1 Zorgethiek

Ontstaan van de zorgethiek

Aan het einde van de jaren zestig stelde psycholoog Kohlberg vast dat jongens een hoger niveau van morele besluitvorming bereikten dan meisjes (Gilligan, 1977). Carol Gilligan, die wordt gezien als een van de grondleggers van de zorgethiek, kwam in haar onderzoeken uit op de conclusie dat vrouwen over het algemeen anders redeneren dan mannen wanneer het gaat om morele besluitvorming (Gilligan, 1977; Gilligan, 1982, pp.1-4). Waar mannen over het algemeen meer op basis van ratio hun besluit nemen, keken vrouwen in haar onderzoek meer naar de context en relaties, waardoor ze anders redeneerden en hun morele besluitvorming niet zo rationeel was (Gilligan, 1977; Gilligan, 1982, pp.1-4 en 24-63). In 1982 kwam haar boek 'In a different voice' uit, waarin Gilligan dit uitgebreid beschrijft aan de hand van verschillende onderzoeken. In een van deze onderzoeken beschrijft ze de casus van Jake en Amy, twee elfjarige kinderen. Beide wordt het Heinz dilemma voorgelegd: er wordt gevraagd of het juist is dat een man, genaamd Heinz, dure medicatie, die hij zelf niet kan betalen, steelt voor zijn vrouw die zonder deze medicatie komt te overlijden. Jake redeneert dat dit geoorloofd is, omdat het recht op leven belangrijker is dan het recht op het bezitten van eigendommen. Amy redeneert anders: zij onderzoekt de context, de relatie tussen de personen en zoekt naar alternatieven. Zo overweegt ze of een gesprek tussen de man en apotheker misschien zinvol is om samen tot een oplossing te komen waarbij de echtgenoot wordt voorzien van medicatie maar diefstal niet nodig is (Gilligan, 1982). Dit is het begin van een nieuwe ethische stroming: de zorgethiek (Sander-Staudt, 2011).

Andere denkers die aan de wieg hebben gestaan van de zorgethiek zijn onder andere Nel Noddings, Joan Tronto en Virginia Held (Sander-Staudt, 2011).

Ontologisch uitgangspunt van de zorgethiek

Het ontologisch uitgangspunt van de zorgethiek is dat mensen van elkaar afhankelijk zijn (Tronto, 1993, p. 162). Gedurende ons leven zijn we allen op zekere momenten afhankelijk van zorg of zijn anderen afhankelijk van onze zorg en we begeven ons dus in onderlinge afhankelijkheidsrelaties met anderen, zowel dichtbij als meer op afstand (Tronto, 1993, pp. 162-163 en van Heijst, 2005, pp. 36-39). Dit druist in tegen de hedendaagse liberale ideeën van onafhankelijkheid, zelfstandigheid en autonomie, hoewel Tronto (1993, p. 163) pleit dat afhankelijkheid niet direct leidt tot het verlies van autonomie. Hiervoor is het noodzakelijk dat

we afhankelijkheid niet allen zien al een toestand waar een persoon zich in begeeft, maar als de menselijke natuur (Tronto, 1993, pp. 163-164). Ook in een zorgrelatie is er sprake van onderlinge afhankelijkheid, omdat zowel de zorggever als de zorgontvanger behoeften hebben waaraan tegemoet gekomen wordt in het aangaan van een zorgrelatie (van Heijst, 2005, pp. 231-236).

Eva Feder Kittay legt afhankelijkheid uit als het zijn van iemands kind (Feder Kittay, 1999, pp. 49-67). We komen allen ter wereld als een kind dat volledig afhankelijk is van een ander die voor ons zorgt. Daarnaast is iedereen iemands kind en deze ouder-kind relatie vormt de basis in zorgpraktijken en dient als voorbeeld waarmee Feder Kittay de waarde van afhankelijkheid verandert (Feder Kittay, 1999, pp. 49-51). Specifiek in zorgpraktijken is er volgens Feder Kittay sprake van een zogenoemde 'dependency worker' en een 'charge', de zorggever en zorgontvanger, waarbij de zorgontvanger afhankelijk is van de zorggever en de zorgontvanger zich daardoor in een kwetsbare positie begeeft (Feder Kittay, 1999, pp. 62-65). Dit maakt dat de zorggever een morele verplichting heeft om deze afhankelijkheid en kwetsbaarheid te onderkennen en zorg te verlenen, al stelt Feder Kittay (1999, pp. 64-65) hieraan wel enkele voorwaarden en is deze morele verplichting dus niet onvoorwaardelijk. In overeenstemming met van Heijst (2005, pp. 231-236) bepleit Feder Kittay (1999, pp. 64-65) dat ook de zorggever binnen de zorgpraktijk een zorgbehoefte heeft.

Goede zorg vanuit zorgethisch perspectief

De relationaliteit en afhankelijkheid van de mens scheppen de basis voor het denken over goede zorg vanuit zorgethisch perspectief. Waar zorg voorheen werd gezien als een houding of een karaktereigenschap, beschreef Tronto (1993, p. 108-109) als een praktijk. Hiermee doelde zij erop dat zorg bestaat uit zowel denken als handelen en meer is dan een stukje liefdadigheid dat voornamelijk door vrouwen werd gedaan in de private sfeer (Tronto, 1993, pp. 108-109 en van Heijst, 2005, pp. 72).

Joan Tronto en Berenice Fisher omschreven samen wat zorg vanuit zorgethisch perspectief inhoudt:

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

Tronto en Fischer beschrijven hier een zeer brede opvatting van zorg, die verder gaat dan de zorg die we als mensen onderling aan elkaar geven en van elkaar ontvangen (Tronto, 1993, p. 103). In dit onderzoek focus ik mij wel op de zorg voor de ander. Tronto (1993, pp. 101-124) beschrijft in haar boek *Moral Boundaries* uitgebreid wat goede zorg is. In tegenstelling tot Nel Noddings, die twee fasen van zorg omschreef, het 'caring-for' en 'caring-about', beschreef Tronto vier fasen van zorg: 'caring about', 'taking care of', 'care-giving' en 'care-receiving' (Sander-Staudt, 2011; Tronto, 1993 pp. 106-108). Later voegde ze daar nog een vijfde fase van zorg aan toe: 'caring with' (Tronto, 2013, pp. 22-23). Van Heijst (2005, pp. 74-76) merkt op dat

Tronto het beeld schetst dat deze fasen in chronologische volgorde doorlopen worden, maar dat de positie van personen binnen een zorgpraktijk ook bepalend zijn voor de beleving van deze fasen. Ondanks dat Tronto zorg uitvoerig als 'praktijk' beschrijft, is zorg naast een praktijk ook een houding waarvoor ethische competenties nodig zijn, zodat in alle fasen van zorg ook daadwerkelijk goede zorg gegeven kan worden (Tronto, 1993, pp. 128-137).

Goede zorg begint met het geven om de ander, het zien van een behoefte die niet beantwoord is, waarvoor de ethische competentie van het hebben van aandacht nodig is (Tronto, 2013, p. 34). Annelies van Heijst (2008) schrijft in haar boek *Iemand zien staan* zeer uitgebreid over erkenning in de zorg, het daadwerkelijk zien van de ander en oog hebben voor datgene wat de ander echt nodig heeft. Goede zorg is volgens van Heijst zorg die op een manier gegeven wordt waardoor de ontvanger van zorg zich erkend voelt (Van Heijst, 2008, p. 63).

De tweede fase van zorg is het 'zorgen voor', waar Tronto de ethische competentie 'verantwoordelijkheid' aan koppelt (Tronto, 1993, pp. 131-133). Degene die een zorgbehoefte ziet, neemt de verantwoordelijkheid om invulling te geven aan de gesignaleerde zorgbehoefte (Tronto, 1993, pp. 131-133). Van Heijst plaatst hier de kanttekening bij dat er in de manier van redeneren van Tronto te weinig aandacht is voor de beweegredenen van iemand om ook daadwerkelijk deze verantwoordelijkheid tot zorgen op zich te nemen (van Heijst, 2005, pp. 76-77).

De derde fase van zorg is het geven van zorg, waarvoor het van belang is dat de zorggever over de juiste competenties beschikt om deze zorg op een goede manier uit te kunnen voeren (Tronto, 1993, pp. 132-133). Immers, wanneer iemand niet over de juiste competenties beschikt om de zorg te verlenen, kan de zorgbehoefte niet op een goede manier ingevuld worden. Tronto maakt van deze competentie een morele competentie omdat in een goede zorgpraktijk er de wil is om op een goede manier invulling te geven aan de zorgbehoefte (Tronto, 1993, pp. 133-134). Het lastige aan deze morele competentie is dat het geen duidelijk normatief kader heeft en bijvoorbeeld niet duidelijk is wie bepaalt wanneer iemand wel of niet over de juiste competenties beschikt (van Heijst, 2005, pp. 76-77).

De vierde fase van zorg is het ontvangen van zorg, waar de ethische competentie 'ontvankelijkheid' bij hoort (Tronto, 1993, 134-136). De ontvankelijkheid biedt de mogelijkheid om te reflecteren op de gegeven zorg vanuit het perspectief van de zorgontvanger en de vraag te beantwoorden of er op een goede manier invulling is gegeven aan de zorgbehoefte en de zorgbehoefte daarmee vervuld is (Tronto, 1993, pp. 135-136). Dit vraagt eveneens om aandacht en erkenning van de zorggever om open te staan voor het perspectief van de ontvanger. Van Heijst (2005, pp. 72-77) stelt dat deze vierde fase van zorg zowel nodig is om het zorgproces gaande te houden, als nodig is als reflectiemoment waarin morele oordeelsvorming plaatsvindt en de vraag beantwoord wordt of de zorg goed is of niet. Deze fase van oordeelsvorming over of zorg wel of niet goed is kan zowel op korte termijn plaatsvinden als op de lange termijn, wanneer men terugkijkt op zorg die in het verleden gegeven of ontvangen is volgens van Heijst (2005, pp. 75-76). Daarnaast vindt er in deze fase mogelijk ook een vervulling van de zorgbehoefte van de zorggever plaats. Feder Kittay (1999, pp. 65-67) beschrijft dat de vervulling van de zorgbehoefte van de zorgontvanger ook kan

leiden tot een diepe vervulling van de zorggever. Zo halen sommige zorggevers, veelal gedreven door liefdadigheid, positieve waarde uit het helpen van anderen (Tronto, 2013, p. 118) en de ontvankelijkheid van de zorgontvanger kan bijdragen aan het vervullen van de behoefte van de zorggever. Hiertoe is het van belang dat er binnen een zorgrelatie ook oog is voor de behoeften van de zorggever in een zorgpraktijk (Feder Kittay, 1999, p. 65).

Tot slot de vijfde, later toegevoegde fase van zorg: 'caring with' (Tronto, 2013, pp. 22-24). Deze fase verschilt van de vorige vier, omdat de eerste vier samen een zorgpraktijk vormen, van het herkennen van een zorgbehoefte tot het evalueren of aan de zorgbehoefte voldaan is. In de vijfde fase van zorg beschrijft Tronto (2013, pp. 23; 147-149) de wijze waarop we in een democratische samenleving invulling geven aan zorgbehoeften en dat dit gebeurt in overeenstemming met de democratische waarden vrijheid, gelijkheid en rechtvaardigheid. Daarmee wordt ook de brug gemaakt naar 'zorgethiek als politieke theorie', waar ik in de volgende paragraaf verder op in zal gaan (Tronto, 2013, p. 23). De fase 'caring with' vraagt echter om meer dan één duidelijke ethische competentie. Tronto benoemt solidariteit tot belangrijk onderdeel van goede zorg in een samenleving, waarmee zij voortborduurde op competenties en aandachtspunten die eerder omschreven zijn door Selma Sevenhuijsen, namelijk pluraliteit, communicatie, vertrouwen en respect (Tronto, 2013, p. 35).

Concluderend kunnen we, vanuit de oogpunten van onder andere Tronto (1993 en 2013) en van Heijst (2005 en 2008), zorg als 'goede zorg' beschouwen wanneer er aandacht is voor de zorgbehoefte van de ander, we de ander en zijn behoeften erkennen en we vervolgens de verantwoordelijkheid nemen om deze zorgbehoefte in te vullen. Het vereist de juiste competenties om dit op een goede manier te doen en het vraagt ontvankelijkheid van de zorgontvanger en ontvankelijkheid van de zorggever om te reflecteren op de geboden zorg, om zo te evalueren of de zorgbehoefte daadwerkelijk vervuld is (van Heijst, 2005 en Tronto, 1993).

Zorgethiek als politieke theorie

Volgens Engster (2022) is er een probleem in de hedendaagse samenleving omdat zorg veelal buiten politieke ideeën wordt gehouden. Belangrijke neoliberale waarden zijn individuele vrijheid en autonomie, een vrije markt, eigen verantwoordelijkheid en relatief weinig overheidsbemoeienis (Ganti, 2014). Zorg is volgens Tronto (1993, p. 157) een 'centraal maar ondergewaardeerd aspect van het menselijk leven' en daarmee is onjuist om zorg buiten het politieke denkveld te laten (Engster, 2022; Tronto, 1993, pp. 157-160).

De wijze waarop Engster en Tronto vinden dat zorg een belangrijker plek moeten krijgen in het politieke speelveld verschilt. Engster (2022) schrijft dat, omdat ieder mens op momenten in zijn leven afhankelijk is van anderen, ieder mens ook een verplichting heeft in het tegemoetkomen aan de zorgbehoeften van anderen. De overheid heeft een rol in het creëren van een zorgzame samenleving waarin men zorg verleent en zorg ontvangt (Engster, 2007; Engster, 2022).

Tronto benadrukt dat zorg een fundamentele politieke waarde is die noodzakelijk is voor een samenleving die rechtvaardig en democratisch is (Tronto, 2013, pp. 169-182). Dit heeft alles te

maken met de manier waarop de samenleving naar zorg kijkt en naar degenen die zorgen. Zorg, en daarmee zorg werk, is sterk ondergewaardeerd in onze samenleving, wat samenhangt met het neoliberale, negatieve beeld van afhankelijkheid (Tronto, 1993, p. 114). De meer bevoorrechtte mensen in de samenleving houden zich nog wel geregeld bezig met de eerste twee fasen van zorg, 'caring with' en 'caring about', maar het daadwerkelijk uitvoeren van zorg wordt veelal gedaan door vrouwen en door mensen met een lagere sociaaleconomische status en zoveel mogelijk in het private domein (Tronto, 1993, pp. 112-114). Door mensen met een hogere sociaaleconomische status, ofwel de meer bevoorrechte mensen in onze samenleving, wordt de verplichting of verantwoordelijkheid om daadwerkelijk te zorgen vaak uitbesteed aan anderen, waardoor zij zelf een zekere mate van macht en autonomie hebben (Tronto, 1993, pp. 114-115). In tegenstelling tot Engster, die schrijft over zorgen als een verplichting, ziet Tronto zorgen als een verantwoordelijkheid van eenieder in de samenleving. Daarbij is het van belang dat er oog is voor de machtsverhoudingen en de verdeling van die verantwoordelijkheden binnen de samenleving (Tronto, 2013, pp. 55-56).

Concluderend kunnen we stellen dat zorg dermate in de basis van ons bestaan is verweven, dat we zorg onmogelijk binnen het private domein kunnen houden. Iedereen in de samenleving heeft de verplichting, volgens Engster (2009), of de verantwoordelijkheid volgens Tronto (1993, pp. 167-169), om te zorgen omdat zorg fundamenteel is voor een democratische samenleving.

3.2 Macht en positie

In de vorige paragraaf is beschreven wat goede zorg is vanuit een zorgethisch perspectief, waarbij ook het belang van zorgethiek als politieke theorie is beschreven. Ook is al kort beschreven hoe er sprake is van ongelijke machtsverhoudingen binnen de samenleving, doordat meer bevoorrechtte personen in de samenleving de mogelijkheid hebben om het verlenen van zorg uit te besteden aan anderen (Tronto, 1993, pp. 114-115). Macht en positie spelen echter op meerdere manieren een rol in de zorgethiek, zowel in zorgrelaties tussen zorggevers en zorgontvangers, als in instituten en in de samenleving (Tronto, 2013, pp. 23; 86; 99). In het licht van de onderzoeksvraag over de essentie van morele stress en zingeving bij zorgverleners, richt ik mij in deze paragraaf op de positie van de professionele zorgverleners ten opzichte van de zorgontvangers, de zorgorganisatie en de samenleving.

Machtsverhouding tussen zorgverleners en zorgontvangers

In het theoretisch onderzoek naar de machtsverhouding tussen (professionele) zorgverleners en de zorgontvangers heb ik mij met name gefocust op de zorgethische denkers Tronto, van Heijst en Feder Kittay. Zorg ontstaat volgens Tronto (1993, p. 145) doordat niet alle mensen altijd in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, dus worden zij afhankelijk van anderen om de zorg die zij zichzelf niet kunnen geven aan anderen over te dragen. Er ontstaat daarmee een zorgrelatie tussen iemand die een zorgbehoefte heeft en iemand die in die behoefte kan voorzien, wat niet een relatie is tussen twee gelijken (Tronto, 1993, p. 145). De zorgverlener heeft in dit geval meer macht dan de zorgontvanger, omdat de zorgverlener invloed heeft op de mate waarin en op welke manier er wordt voldaan aan de zorgbehoefte van de ander (Tronto, 1993, p. 145 en Feder Kittay, 1999, pp. 49-50). Hierin schuilt onder andere het gevaar

van paternalisme, wat inhoudt dat de zorgontvanger zijn autonomie verliest en de zorgverlener besluit welke zorg er nodig is voor de zorgontvanger (Tronto, 1993, pp. 145-146).

Van Heijst beschrijft in haar hoofdstuk over 'de zorgfabriek' hoe zorg veranderd is van 'bijstaan van mensen in hun nood' naar een soort zorgfabriek waarin instrumentele rationaliteit de overhand heeft gekregen (van Heijst, 2005, pp. 50-51). Hiermee doelt zij onder andere op de enorme invloed van procedures, protocollen en richtlijnen die bepalen welke zorg voor de zorgontvanger als de juiste zorg wordt gezien (van Heijst, 2005, p. 53). Dit zou gezien kunnen worden als een zekere vorm van paternalisme, waarbij niet de zorgontvanger of de zorggever, maar procedures, protocollen en richtlijnen bepalen welke zorg de zorgontvanger nodig heeft. Van Heijst biedt een alternatief voor deze instrumentele rationaliteit, namelijk 'humane redelijkheid', waarbij de behoeften van de zorgontvanger meer centraal staan (van Heijst, 2005, p. 55).

Hoewel Eva Feder Kittay (1999, p. 50) beaamt dat de zorggever zich in een machtspositie bevindt ten opzichte van de ontvanger belicht zij ook de kwetsbare situatie waarin de zorggever zich bevindt. Zoals eerder gesteld, heeft de zorggever een morele verantwoordelijkheid of morele verplichting om invulling te geven aan de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Dit maakt dat de behoeften van de zorggever soms naar de achtergrond verdwijnen om te kunnen voldoen aan de zorgbehoefte van de ander (Feder Kittay, 1999, pp. 50-53). Hoewel Feder Kittay zich voornamelijk richt op zorg in de private sfeer, zullen deze situaties zich ook voordoen in de professionele zorg¹⁵.

Machtsverhouding tussen zorgverleners en zorgorganisatie

Marian Verkerk is van mening dat vanuit zorgethisch oogpunt een zorgpraktijk in de professionele sfeer: *'een complexe praktijk is met verschillende betrokkenen, die allen hun eigen overwegingen hebben en allen eigen interpretaties geven van iemands zorgbehoeften'* (van Heijst, 2005, p. 307). Binnen die complexe praktijk zijn de zorgverlener en de zorgorganisatie twee van de betrokken partijen, die dus beide hun eigen ideeën hebben bij goede zorg in een specifieke situatie. De zorgorganisatie bevindt zich op verschillende manieren in een machtspositie ten opzichte van de zorgverlener. De organisatie is verantwoordelijk voor het bepalen en hanteren van visie, beleid en richtlijnen, die in zekere zin nodig zijn voor het verlenen van goede zorg (Tronto, 2010). Daarnaast hebben zorgverleners verschillende middelen nodig om goede zorg te kunnen verlenen (Tronto, 1993, p. 110). Voor onder andere beleid, visie en middelen zijn zorgverleners afhankelijk van de zorgorganisatie waarvoor zij werken (van Heijst, 2005, pp. 58-63), zo ontstaat weer een zorgbehoefte waarin

¹⁵ Het ziekteverzuim van medewerkers in de gezondheidszorg en welzijnssector, de sectoren waar professionele zorg wordt verleend, is significant hoger dan het ziekteverzuim van medewerkers in andere sectoren. De sector 'verplegingshuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)' staat bovenaan met het hoogste ziekteverzuim binnen de gehele zorg- en welzijnssector. Verkregen op 1 april 2024 van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/37/omslag-na-zeven-jaar-oplopend-ziekteverzuim>. Actiz, de grootste brancheorganisatie in de VVT noemt de ervaren werkdruk als een belangrijke factor in het ziekteverzuim, wat in kan houden dat onvoldoende de zorgbehoeften (behoefte van minder werkdruk) van zorgmedewerkers wordt voldaan. Verkregen op 1 april 2024 van: <https://www.actiz.nl/verzuimcijfers-de-zorg-we-maken-ons-grote-zorgen>

de rol van zorgverlener nu verschuift naar de zorgorganisatie en de oorspronkelijke zorgverlener nu zorgontvanger wordt. Hoewel Feder Kittay zich voornamelijk richt op zorg in het private domein, stelt zij ook terecht dat de zorggever ook zorgbehoeften heeft en kwetsbaar wordt door de afhankelijkheidspositie waar hij of zij zich in begeeft en stelt de vraag wie zorgt voor de zorggever (Feder Kittay, 1999, p. 65).

Een mogelijk antwoord daarop vinden we bij van Heijst (2008). Zij pleit dat 'erkenning' niet alleen werkt van zorgverleners richting de zorgontvanger, maar dat erkenning ook nodig is voor de zorgverleners (van Heijst, 2008, pp. 74-95). Vanuit de zorgorganisaties is er sprake van miskennis richting de zorgmedewerkers, onder andere door tijdelijke contracten, het volplannen van de werkuren en het teveel sturen (van Heijst, 2008, pp. 82-83). Daarnaast zijn zorgmedewerkers in zekere mate voor hun inkomen en bestaanszekerheid afhankelijk van de zorgorganisatie waarvoor zij werken.

Machtsverhouding tussen zorgverleners en de samenleving

De marktwerking in de zorg heeft eraan bijgedragen dat de zorg een soort 'zorgfabriek' is geworden. Van Heijst (2005, pp. 23-37) schrijft over een '*dubieus productieproces*', waarmee ze doelt op het overmatig organiseren van de zorg, efficiëntie, kostenreductie en resultaatgerichtheid niet altijd ten goede komen aan de kwaliteit van zorg. De politieke keuzes om de zorg zo in te richten werken door in het hele zorgsysteem en hebben invloed op het beleid van zorgorganisaties en daarmee invloed op het handelen van zorgverleners (van Heijst, 2005, pp. 23-37). De zorgverleners zijn dus afhankelijk van politieke keuzes en worden in zekere mate beperkt door wet- en regelgeving.

Ook zorgverzekeraars hebben invloed op welke zorg er verleend mag worden¹⁶, waardoor onder andere wijkzorgverleners zich in een afhankelijkheidspositie begeven van de zorgverzekeraars.

Hoewel in de westerse samenleving zorg veelal een ondergewaardeerd en onderbetaald beroep is dat veelal wordt uitgevoerd door mensen met weinig macht in onze maatschappij (Tronto, 1993, p. 113), schrijft Tronto ook dat zorg de kracht van de zwakkeren in de samenleving is (1993, p. 122). Hiermee doelt zij erop dat zorgverleners over het algemeen tot de zwakkeren behoren, maar dat zij ook macht hebben doordat de samenleving afhankelijk is van de zorg die zij verlenen (Tronto, 1993, pp. 122-123).

3.3 Kwetsbaarheid en precariteit

In voorgaande paragrafen is beschreven op welke manier kwetsbaarheid tot uiting komt in zorgpraktijken. Vanuit het ontologische uitgangspunt van de zorgethiek dat iedereen bepaalde perioden in het leven afhankelijk is van anderen, zich daardoor in een ongelijke machtsverhouding bevindt wat kwetsbaarheid met zich meebrengt, kan gesteld worden dat

¹⁶ De macht van zorgverzekeraars is in de maatschappij een onderwerp van gesprek. Doordat de zorgverzekeraar een private instelling is, hebben zij invloed op de inhoud van de zorg. In het geval van wijkverpleging zie je dat terug in het inkoopbeleid. In dit inkoopbeleid is beschreven welke zorg een zorgorganisatie mag leveren en aan welke voorwaarden dat moet voldoen. Verkregen op 5 april 2024 van: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/inkoopbeleid>

iedereen op bepaalde perioden in het leven kwetsbaar is (Feder Kittay, 1999, pp. 49-52). Afhankelijkheid en kwetsbaarheid zijn twee losstaande begrippen, maar zijn wel met elkaar verbonden (Miller, 2021).

In het verleden werd kwetsbaarheid veelal gezien als iets negatiefs, wat de behoefte aan bescherming met zich meebrengt (Miller, 2021). Zo brengt Tronto kwetsbaarheid juist in verband met ongelijkheid, een gebrek aan autonomie en behoeften (Tronto, 1993, p. 135). Miller (2021) omschrijft echter dat kwetsbaarheid ook een soort openheid of ontvankelijkheid met zich meebrengt die ons in staat stelt om positieve en negatieve – en alles daar tussenin – ervaringen op te doen. Hierdoor is het niet persé iets negatiefs waartoe altijd bescherming nodig is (Miller, 2021).

Precariteit is een relatief nieuwer begrip in de zorgethiek. Miller (2021) stelt dat precariteit samenhangt met onzekerheid en instabiliteit in het menselijk leven. Het hebben van zorgbehoeften, de afhankelijkheid die dit met zich meebrengt en de onzekerheid of aan deze zorgbehoeften wordt voldaan maakt dat we ons bevinden in een precaire staat van zijn (Miller, 2021).

Lorey (2012) omschrijft precariteit als een complex concept met drie verschillende dimensies: onzekerheid, precariteit en precarisering door de overheid. Bij deze laatste dimensie legt Lorey de nadruk op de relatie tussen precariteit en overheidsbeleid: overheidsbeleid heeft invloed op de precaire situatie van zwakkeren in de samenleving (Lorey, 2012). De keuzes die door de overheid gemaakt worden kunnen voor individuen of groepen leiden tot meer instabiliteit (Lorey, 2012). Dit sluit weer aan bij de precaire staat van zijn waarin de mens zich bevindt zoals Miller (2021) omschreef.

Hoe de begrippen kwetsbaarheid en precariteit zich vertalen naar de zorgverleners die centraal staan in dit onderzoek, wordt zichtbaar in de rol die overheden hebben in de uitvoering van de zorg (Janssen, 2022). Janssen (2022) beschrijft de rol van de overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars in de zorgsector en zorginstellingen als een rol met grote invloed op de dagelijkse praktijk. Doordat de dagelijkse praktijk veelal wordt bepaald door wet- en regelgeving brengt dit veel onzekerheid met zich mee voor zorgorganisaties (Janssen, 2022). Volgens van Heijst (2005, pp. 29-33) heeft deze wet- en regelgeving ook invloed op de dagelijkse zorgverlening en de wijze waarop deze uitgevoerd wordt door zorgverleners. Hiermee kunnen we stellen dat zorgverleners, en zo ook de wijkzorgverleners, zich in een precaire situatie bevinden omdat zij voor de manier waarop zij hun werk kunnen uitvoeren in een grote mate afhankelijk zijn van overheidsinstanties.

3.4 Morele stress

Het begrip 'morele stress' in combinatie met verpleegkunde werd voor het eerst beschreven in 1984 door Jameton, die dit beschreef als een psychologische onevenwichtigheid die kan ontstaan wanneer men weet wat het juiste is om te doen maar het door institutionele beperkingen vrijwel onmogelijk wordt om te doen wat juist wordt geacht (Morley et al., 2017). Morley et al. (2017) stellen echter dat morele stress meer omvat dan het ondervinden van psychologische onevenwichtigheid en het meer oorzaken kan hebben dan alleen de

institutionele beperkingen waar Jameton op doelt. In deze paragraaf is beschreven wat definities van morele stress zijn, welke oorzaken aan deze morele stress ten grondslag kunnen liggen en wat mogelijke gevolgen zijn van morele stress. In de theoretische bronnen is een selectie gemaakt en alleen gebruik gemaakt van bronnen die zich richten op morele stress bij verpleegkundigen.

Definities van morele stress

Uit het systematisch literatuuronderzoek van Morley et al. (2017) blijkt dat er in de literatuur veel verschillende definities van morele stress worden genoemd. Deze definities lopen uiteen van zeer gekaderd tot zeer ruim. De definitie volgens Jameton is bijvoorbeeld een zeer gekaderde definitie, want morele oordeelsvorming moet in de basis al plaatsgevonden hebben voor er morele stress op kan treden (Morley et al., 2017). McCarthy stelt echter het volgende:

‘Moral distress is an umbrella concept that describes the psychological, emotional and physiological suffering that may be experienced when we act in ways that are inconsistent with deeply held ethical values, principles or moral commitments’ (Morley et al., 2017, p. 654).

Volgens deze definitie van McCarthy kunnen de mogelijke oorzaken van morele stress divers zijn, in tegenstelling tot de definitie van Jameton. Toch blijkt ook uit de definitie van McCarthy dat er al morele oordeelsvorming plaats heeft moeten vinden voor er sprake kan zijn van morele stress, want het is voor degene die het ervaart duidelijk dat het handelen in strijd is met de ethische waarden, principes of morele verplichtingen (Morley et al., 2017). Fourie stelt echter dat morele stress ook kan plaatsvinden wanneer er sprake is van morele twijfel of een moreel conflict, waarbij zij dus kiest voor een ruimere definitie dan de eerdergenoemde auteurs (Morley et al., 2017).

Ook Riedel et al. (2022) beschrijven morele stress op een ruimere wijze. Zij stellen dat morele stress de psychologische reactie is die ontstaat wanneer een persoon in aanraking komt met morele stressoren (Riedel et al., 2022).

Oorzaken

Riedel et al. (2022) omschrijven de oorzaken van morele stress dus als morele stressoren. Uit hun onderzoek blijkt dat er vaak sprake is van weinig invloed in moreel stressvolle situatie. Daarnaast noemen zij onder andere een gebrek aan competenties bij zorgmedewerkers, zorg leveren in onveilige situaties en zorgen voor zeer zieke, stervende patiënten stressoren die bijdragen aan het ontstaan van morele stress (Riedel et al., 2022). Morley et al. (2017) beschrijven ‘beperkingen’ als oorzaak van morele stress, waarbij ze verder borduren op de definitie van morele stress van Jameton, maar breiden het uit met andere vormen van beperkingen naast de institutionele beperkingen. Zo dragen beperkingen in de morele keuzevrijheid van verpleegkundigen bij aan het ontstaan van morele stress (Morley et al., 2017). Ook interne beperkingen, zoals een gebrek aan zelfvertrouwen of twijfels over de eigen morele oordeelsvorming, dragen bij aan het ontwikkelen van morele stress, evenals epistemische ongelijkheid en epistemische onrechtvaardigheid (Morley et al., 2017).

Uit het empirisch onderzoek van Nikbakht Nasrabadi et al. (2021)¹⁷ blijkt dat morele stress vaak optreedt wanneer er discrepanties zijn tussen de behoeften van de patiënt, wat familie wil en wat toegestaan is binnen kaders en wetgeving, of wanneer keuzes van het medisch team of wensen van de familie het best zijn voor de patiënt. De verpleegkundige staat daar dan tussenin en wordt verantwoordelijk gemaakt voor besluitvorming, waarmee zij ook verantwoordelijk wordt gemaakt voor consequenties van deze besluitvorming (Nikbakht Nasrabadi et al., 2021). Een gebrek aan support in deze besluitvorming vergroot de morele kwetsbaarheid en daarmee ook de kans om morele stress te ervaren (Morley et al., 2017; Nikbakht Nasrabadi et al., 2021).

Uitingen van morele stress

Morele stress uit zich op verschillende manieren, zowel fysiek als psychisch. Psychische uitingen van morele stress zijn onder andere: verlies van zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen, angst, schaamte, existentiële conflicten zoals het verlies van betekenis, gevoelens van verraad, hopeloosheid, psychische uitputting, onzekerheid, somberheid, frustratie en zich schuldig voelen (Morley et al., 2017; Oh & Gastmans, 2015; Riedel et al., 2022). Daarnaast beschrijven Morley et al. (2017) en Lerkiatbundit en Borry (2009) ook verschillende fysieke uitingen van morele stress, zoals misselijkheid, slapeloosheid, migraine, maag-darmklachten en uitputting.

Gevolgen van morele stress

Morele stress heeft negatieve gevolgen voor het psychisch en fysieke welbevinden van verpleegkundigen, soms zelfs jarenlang (Lerkiatbundit & Borry, 2009). De eerdergenoemde uitingen van morele stress leiden ook tot het verlies van het vermogen om goede zorg te geven aan de patiënten, bijvoorbeeld door meer afstand te zoeken tot de patiënten en zicht te distantiëren of juist de negatieve gevoelens te compenseren door over bezorgdheid (Oh & Gastmans, 2015; Lerkiatbundit & Borry, 2009). Ook kan het leiden tot het verlies van hun werk, het verlies van betekenis in het werk of het verlaten van de zorg (Nikbakht Nasrabadi et al. 2021; Oh & Gastmans, 2015). Daarnaast zijn er ook directe gevolgen voor patiënten, zoals het verergeren van pijn, langere ziekteduur en zorgbehoeften die niet vervuld worden (Lerkiatbundit & Borry, 2009).

3.5 Zingeving in zorg

In het onderzoek staat de vraag centraal wat de essentie is van morele stress en hoe zich dit verhoudt tot zingeving in het werk. Zin is iets waar de mens naar op zoek is in het leven en wat, in tegenstelling tot vroeger, minder gevonden wordt in religie (Van der Leer, 2020, p. 27). Zingeving raakt onze existentiële dimensie, waarom we bestaan en welke betekenis we geven aan mensen en dingen in ons leven (van der Leer, 2020, p. 29). In deze paragraaf is onderzocht wat zingeving is en hoe zorgverleners zin geven of vinden in het werk dat zij doen: het geven van zorg.

¹⁷ Cultuur kan van invloed zijn op de manier waarop morele stress wordt ervaren. In tegenstelling tot de overige bronnen die zijn gebruikt in deze paragraaf, betreft het onderzoek van Nikbakht Nasrabadi et al (2021) geen data uit Europa of Noord-Amerika, maar betreft het een onderzoek langdurige ouderenzorg in Iran.

Zingeving en betekenis

Uit het theoretisch onderzoek blijkt er een grote verscheidenheid in definities: van 'doel van het bestaan' tot 'betekenis' en 'spiritualiteit'. Omdat zingeving cultureel bepaald is, is het theoretisch onderzoek beperkt tot Nederlandstalige literatuur. De beroepsstandaard voor geestelijk verzorgers¹⁸ noemt zingeving en levensbeschouwing gezamenlijk en onderscheidt daarin vier dimensies, namelijk de existentiële dimensie, de spirituele dimensie, de ethische dimensie en esthetische dimensie. In het onderzoek naar zingeving en werk lijkt de existentiële dimensie het meest van toepassing, aangezien dit voornamelijk gaat over het vinden van zin in het bestaan, wat het leven de moeite waard maakt, wat betekenis geeft aan het bestaan. Van Nistelrooij¹⁹ schrijft treffend over zinvinding, wat veronderstelt dat zin soms op onverwachte manier wordt gevonden, terwijl het begrip zingeving veronderstelt dat de persoon in kwestie actief iets moet doen om zin te geven.

Van Leeuwen et al. (2020) beschrijft hoe we ons midden in zingeving begeven, als een vis in het water, maar dat zingeving vaak pas zichtbaar wordt als het ontbreekt. Zingeving is verweven met wie we zijn en wat van betekenis is in het leven (van Leeuwen et al., 2020). Van der Leer (2020, p. 29) sluit hierbij aan en beschrijft dat zingeving niet gaat over het nut van dingen, maar over de betekenis en waarde van mensen en dingen. Machteld Huber²⁰ beschrijft hoe zingeving de meest krachtige dimensie is in het gesprek over gezondheid en ziekte; het is de basis van het bestaan en wanneer de mens een zinvol bestaan leidt, maakt dat veerkrachtig. Van Leeuwen et al. (2020, pp. 20-22) haakt aan op de theorie van positieve gezondheid van Machteld Huber, maar ziet zingeving niet als een van de zes dimensies van gezondheid die Huber omschrijft. Van Leeuwen et al. (2020, pp. 21-22) veronderstelt dat zingeving de basis is en in relatie staat tot de andere vijf dimensies.

Zingeving in zorg verlenen

Van der Leer (2020) deed uitgebreid onderzoek naar de betekenis van werken in de ouderenzorg, specifiek in het verpleeghuis. Uit zijn onderzoek naar de betekenis van werken in het verpleeghuis kwamen vijf verschillende thema's naar voren:

- *Willen zorgen voor anderen*
- *Voldoening ervaren*
- *Belang hechten aan afstemmen en samenwerken*
- *Geconfronteerd worden met grenzen*
- *Behoeftte hebben aan steun en vrijheid* (Van der Leer, 2020, p. 158)

¹⁸ Vereniging van Geestelijk VerZorgers (2015). *Beroepsstandaard Geestelijk verzorger*. Verkregen op 3 maart 2024 van: <https://vgvz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Beroepsstandaard-2015.pdf>

¹⁹ Steenhuis, P. H. (2022). *Zorgethicus Inge van Nistelrooij: 'De maatschappij heeft een blinde vlek voor de zorg'*. Verkregen op 9 maart 2024 van: <https://www.trouw.nl/religie-filosofie/zorgethicus-inge-van-nistelrooij-de-maatschappij-heeft-een-blinde-vlek-voor-de-zorg~becce121/?referrer=https://www.google.com/>

²⁰ Ankeren, J. van (2022). *Arts en onderzoeker Machteld Huber: 'Zingeving is de grootste levenskracht'*. Verkregen op 25 mei 2024 van: <https://www.iph.nl/assets/uploads/2022/08/Psychologie-Magazine-juli-2022-Machteld-Huber-1.pdf>

Zorgverleners ontlene betekenis aan het zorgen voor anderen en ervaren voldoening in het zorgen voor anderen (van der Leer, 2020, pp. 159-161). Ook het in relatie zijn met anderen wordt gezien als betekenis gevend in het zorgend beroep (van der Leer, 2020, p. 161). Het geven van erkenning, iemand zien staan, het kunnen aansluiten bij de behoefte van de ander worden genoemd als betekenisvol in het geven van zorg (van der Leer, 2020, pp. 163-165). Van Heijst (2008, pp. 29-36) beschrijft ook dat erkenning essentieel is in het geven en ontvangen van zorg. Erkenning is verweven met identiteit en van Heijst (2008, pp. 32-36) onderscheidt drie vormen van erkenning: liefde, respect en solidariteit die van invloed zijn op iemands identiteit. Van Heijst (2008, pp. 74-76) stelt ook dat erkenning voor de professionaliteit en vakbekwaamheid van zorgprofessionals nodig is, want daaraan ontlene zij werkplezier en betekenis. Voor professionals is het van belang dat zij door hun kennis en kunde het verschil kunnen maken voor een patiënt, dat is waar zij betekenis aan ontlene in hun vak (van Heijst, 2008, p. 75). Voor veel zorgverleners is zorgen een levenshouding en vormt daarmee de existentiële betekenis van het bestaan (van der Leer, 2020, p. 191).

Het tweede thema dat uit het onderzoek van Van der Leer (2020, pp. 167-170) naar voren kwam is het ervaren van voldoening, waarbij onder andere het genieten van vooruitgang en dankbaarheid ontvangen werden genoemd door respondenten. Hierin zie je de wederkerigheid en onderlinge afhankelijkheid vanuit de zorgethiek terug: de zorgverlener is voor een deel van het vinden van zin afhankelijk van de patiënt (Tronto, 1993, pp. 67-69).

Samenwerking is ook van belang voor het vinden van zin in het werken in de ouderenzorg volgens van der Leer (2020, pp. 171-176), wat goede onderlinge samenwerking, humor en werkplezier dragen bij aan een positieve zinervaring in het werk. Ook hierin wordt de onderlinge afhankelijkheid zichtbaar, want op het moment dat er onenigheid is wordt dat als belemmerend ervaren (van der Leer, pp. 173-174).

Het vierde thema uit het onderzoek van Van der Leer (2020, pp. 176-185) is het geconfronteerd worden met grenzen, waardoor soms minder betekenis ervaren wordt in het werk, omdat niet alles kan wat nodig wordt geacht. Dit maakt dat zorgverleners 'er soms even klaar mee zijn' (van der Leer, 2020, p. 179). Een voorbeeld hiervan is het gebrek aan tijd, waardoor zij voor hun gevoel soms onvoldoende aandacht kunnen hebben voor hun patiënt (van der Leer, 2020, p. 182).

Het laatste thema is het hebben van behoefte aan steun en vrijheid (van der Leer, 2020, pp. 182-190). Erkenning van de professionaliteit is van belang, zoals ook van Heijst (2008, pp. 74-76) concludeert, voor het vinden van betekenis in het werk. Het is daarbij van belang dat de organisatie de zorgmedewerker ziet staan en de medewerker autonomie ervaart om zelf keuzes te maken en (van der Leer, 2020, pp. 182-190 en van Heijst, 2008, pp. 74-76). In paragraaf 3.4 van dit onderzoeksverslag werd al helder dat een gebrek aan deze ruimte om zelf keuzes te maken kan leiden tot het ervaren van morele stress.

Deelconclusie

De deelvraag waarop in dit hoofdstuk antwoord is gegeven luidde: 'Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten morele stress en zingeving in het werken in de

zorg?'. In de eerste paragraaf is geschreven over de basisprincipes van de zorgethiek, die van belang zijn voor het denken over 'goede zorg', wat ook in het empirisch onderzoek aan de orde komt. Goede zorg bestaat uit verschillende fasen, waar Tronto (1993) ethische competenties bij formuleerde. Wanneer er geen goede zorg gegeven kan worden, kan morele stress ontstaan. Dit kan negatieve gevolgen hebben op psychisch, emotioneel of fysiek vlak. De mate waarin met macht en invloed heeft op de manier waarop zorg wordt uitgevoerd kan van invloed zijn op het ervaren van morele stress. Een gebrek aan invloed kan leiden tot het meer ervaren van morele stress. Uit het theoretisch onderzoek blijkt dat de invloed van instituten groot is op de manier waarop zorgverleners zorgen, waarin ook sprake is van een ongelijke machtsverhouding. Dit maakt dat zij zich in een preciaire situatie bevinden.

Het laatste concept dat in dit theoretisch onderzoek centraal staat is zingeving. Een complex begrip, wat cultureel bepaald is en gaat over de betekenis van mensen en dingen. Uit onderzoek onder zorgmedewerkers in het verpleeghuis over zin in het werk worden onder andere het ervaren van voldoening en het willen zorgen voor de ander als belangrijke thema's genoemd.

4. Empirische bevindingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: Wat zijn de essenties van de geleefde ervaring van morele stress en zingeving in het werk van wijkzorgverleners en hoe verhouden deze zich tot elkaar? Om deze deelvraag te beantwoorden is een empirisch onderzoek uitgevoerd onder vijf respondenten. De eerste paragraaf van dit hoofdstuk bevat een beschrijving van deze respondenten, wat helpend is in de beeldvorming en het begrijpen van de context van de data. Daarna worden achtereenvolgens de thema's 'goede zorg', 'morele stress' en 'zingeving' beschreven, gevolgd door een synthese van deze thema's in de laatste paragraaf.

4.1 De respondenten

Aan het onderzoek hebben vijf respondenten deelgenomen. Ik stel ze graag aan jullie voor, uiteraard geanonimiseerd en onder een pseudoniem.

Bo – Wijkverpleegkundige

Bo is een enthousiaste, jonge wijkverpleegkundige. Ze voelt zich helemaal op haar plek in de wijk. Bo is relatief kortgeleden afgestudeerd en heeft in haar studie veel geleerd over zelfredzaamheid, verplegen met de handen op de rug en niet 'zorgen voor' maar 'zorgen dat'. Dit helpt haar om met de uitdagingen in het vak om te gaan. Haar takenpakket omvat het indiceren en organiseren van de zorg voor de cliënten, het uitvoeren van zorg, het coachen en begeleiden van het team en daarnaast draagt ze zorg voor de financiële resultaten van het team.

Diane – Verzorgende IG

Diane is een gepassioneerd verzorgende IG met ruim 25 jaar ervaring in de thuiszorg. Diane heeft een enorme passie voor haar werk, waarin ze oprechte aandacht, tijd en betrokkenheid ontzettend belangrijk vindt. Ze is netjes en secuur en verwacht dat ook van anderen. Diane wordt blij van het samen organiseren van de zorg, maar het zelfstandig uitvoeren van zorg bij de cliënt thuis. Die woning van de cliënt vertelt haar wie haar cliënt is, wie haar cliënt ooit was en wat haar cliënt belangrijk vindt. Haar takenpakket bestaat uit het uitvoeren van de zorg die de wijkverpleegkundige indiceert.

Anne – Verpleegkundige

Anne is een mbo-verpleegkundige die haar opleiding in het ziekenhuis gevolgd heeft, maar nu al jaren in de thuiszorg werkt. Daar haalt ze veel voldoening uit, omdat ze in tegenstelling tot de snelheid in het ziekenhuis, ze in de thuissituatie een cliënt langer kent en een relatie met haar cliënt op kan bouwen. In haar werk vindt ze het dan ook belangrijk dat ze de rust en ruimte heeft om te luisteren, oprechte aandacht te hebben voor de ander. Soms is de behoefte aan een goed gesprek zoveel groter dan aan die steunkous en bij die behoeften probeert ze aan te sluiten.

Emma – Casemanager Dementie

Net als Anne, begon Emma met haar loopbaan in het ziekenhuis. Tijdens een bijbaantje kwam ze in aanraking met de wijkverpleging en verloor ze haar hart. Na een paar jaar als verpleegkundige in de wijk en later als wijkverpleegkundige te hebben gewerkt, koos ze voor

het vak van casemanager dementie. Een prachtig vak zegt Emma zelf, waarin ze cliënten met cognitieve problemen en hun naasten mag ondersteunen en wegwijs maken in de zorg. Samen zoeken naar passende zorg door te luisteren en zich te verdiepen in de wensen en behoeften van de cliënt, daar wordt ze blij van. Samen met de cliënt, mantelzorg, andere zorgverleners zoals huisartsen en maatschappelijke zorg.

Claire – Wijkverpleegkundige

Ondernemen is Claire op het lijf geschreven en in de thuiszorg heeft ze een goede balans gevonden tussen ondernemen en zorgen. Want ook dat is iets wat ze leuk vindt. In haar rol als wijkverpleegkundige indiceert en organiseert ze de zorg, maar is ook verantwoordelijk voor de financiële resultaten van het team. Deze combinatie maakt het voor haar interessant en uitdagend. Claire staat wel wat verder bij de cliënten vandaan dan de andere respondenten, want zij werkt zelf geen thuiszorgroutes. Wel heeft ze veel contact met cliënten, mantelzorgers en andere zorgverleners in de regio waar ze werkt om zo samen de zorg goed te kunnen organiseren.

4.2 Goede zorg

Wat is nu eigenlijk goede zorg volgens de respondenten? Wat vinden zij belangrijk in de zorg en waarom? De respondenten hebben hier uitvoerig over verteld, wat door middel van coderen is teruggebracht tot een vijftal thema's die in deze paragraaf verder uitgewerkt zijn.

Aandacht

Vrijwel alle respondenten benoemen dat zorg begint met aandacht voor de ander. Wel benaderen zij dit allen vanuit een ander perspectief. Anne en Diane, de verzorgende en verpleegkundige, zien het vooral als tijd maken voor de cliënt om het gesprek te voeren met de cliënt over wat hen bezighoudt. Het sociale aspect van de thuiszorg is voor sommige cliënten van groter belang dan de fysieke zorgvraag die ze hebben.

Anne: Ze hebben vaak toch wel wat meer aandacht nodig dan alleen dat pilletje dat ze van jou krijgen of de steunkousen die je uittrekt. Dus dat probeer, die behoeftes probeer ik ook zoveel mogelijk in tegemoet te komen.

Ook Diane benoemt dat het hebben van tijd en aandacht belangrijk is, waarbij ze zich verdiept in de achtergrond van de cliënt.

Diane: Wat voor mij goede zorg is, is dat je tijd en aandacht geeft aan de cliënten... Altijd even een praatje maken, nooit iets doen en gelijk weer weggaan. Of ik wel of geen tijd heb, daar neem ik gewoon tijd voor... Het sociale stukje van de zorg, dat vind ik zo belangrijk... Dan kijk ik altijd even om mij heen van goh, wat staat er, wat hangt er, hoe ziet het hus eruit. Naar aanleiding daarvan ben ik nieuwsgierig hoe mensen hebben geleefd.

Met het hebben van aandacht is het volgens Anne en Diane van belang om een luisterend oor te hebben en geduldig te zijn. Het komt geregeld voor dat zij de enige contacten van de cliënt zijn en dus de enigen zijn die de cliënten zien op een dag. Dan kan je niet alleen heen gaan voor een handeling en daarna weer gaan.

Wijkverpleegkundige Bo benoemt dat de aandacht die je aan de cliënt besteed ook van meerwaarde is om meer preventief te kunnen werken. Door tijd en aandacht te besteden aan de cliënt, krijgt ze meer inzicht in wat er speelt en kan daar de zorg die zij indiceert ook beter op aansluiten.

Bo: Dat je een gesprek kan voeren en er acties op uit kan zetten, terwijl dat nu heel vaak een beetje blijft hangen... En dat je dan denkt van, oh ja, als we hier eerder aandacht voor hadden, waren we er eerder bij geweest...

Ook Casemanager Dementie Emma benoemt dat alles begint met aandacht. Want alleen dan weet je wat er speelt en wat iemands wensen en behoeften zijn.

Aansluiten en erkennen

Wanneer de respondenten aandacht hebben voor de cliënt, kunnen zij dus aansluiten bij dat wat de cliënt nodig heeft. Aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt. Ook dit ervaren de respondenten weer op een andere manier, wat enigszins afhankelijk lijkt van hun rol. De Casemanager dementie en de beide wijkverpleegkundigen doelen met dit aansluiten bij de behoeften van de cliënt meer op het organiseren van de zorg.

Emma: Wat vind je hier achter deze deur en hoe gaat het vandaag? Wat is er nodig en wat is de mantelzorger ook nodig? Het is niet alleen de cliënt en dat is gewoon zo wisselend.

Anne en Diane hebben in hun werk voornamelijk te maken met het uitvoeren van zorg. Het aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt komen bij hen vooral terug in de tijd die ze maken voor een praatje, het luisterend oor bieden wanneer men daar behoefte aan heeft en het uitvoeren van de zorg op een manier die aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Diane: Ik sta liever 20 minuten te kijken dat die vrouw heel veel zelf kan en dat ik allen de rug en de voeten hoef te doen, dan dat ik snel, snel, snel en binnen een kwartier weer weg kan zijn. Want dat kan als ik het doe. Maar dat wil ik niet, want dan... Ja die eigen 'ik' van die vrouw.

In het aansluiten bij de cliënt en diens zorgbehoefte zit dus ook een stuk erkenning. Erkenning dat de ander ertoe doet, in al zijn of haar eigenheid. Door tijd, rust, aandacht en het aansluiten bij de zorgbehoefte van de ander geven zij de cliënt het gevoel dat hij of zij ertoe doet, ook op het moment dat zij afhankelijk zijn van zorg.

Claire is in dit hele zorgproces al heel bewust bezig met de kaders waaraan de geïndiceerde zorg moet voldoen, wat echt terug te zien is in haar houding. Zij ziet in haar werk vaak situaties waarbij de cliënt veel van de thuiszorg verwacht of waarbij de cliënt van mening is dat zij recht hebben op veel zorg.

Claire: Dat je, zeg maar, kijkt naar waar de behoeftes van de... Waar de zorgvraag zeg maar ligt van de, van de cliënt en in overeenstemming met mantelzorg. Maar dat je

ook kritisch kijkt naar wat nodig is... probeer ook niet te veel mee te gaan met een cliënt hè.

Claire probeert dus aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt, maar kijkt dus ook kritisch naar wat zij nodig en mogelijk acht. Ook Bo en Emma proberen in het indiceren van zorg de cliënten en mantelzorgers bewust te maken van de mogelijkheden en onmogelijkheden van de thuiszorg. Emma beschrijft dit als 'eerlijk zijn', zodat de cliënt weet wat ze kunnen verwachten.

Emma: ik denk als je eerlijk en open bent naar iedereen met wie je samenwerkt en vooral naar je cliënten, dat je dan heel ver komt. Dan weten ze wat ze aan je hebben. En dat is denk ik goud waard, eerlijkheid en openheid.

Kwaliteit en zelfredzaamheid

Goede zorg is niet alleen zorg die aansluit bij de behoefte, maar voldoet ook aan een bepaalde kwaliteitsstandaard. Continuïteit van de zorg is hierin belangrijk wordt door Bo en Diane benoemd. Diane vindt het belangrijk dat de cliënten zoveel mogelijk zorg krijgen van vaste medewerkers.

Diane: Een beetje vaste medewerkers bij de vaste cliënten. Dat is voor de cliënt ook voor mijn gevoel prettiger.

Bo ziet het stuk continuïteit vooral in een goede samenwerking met andere disciplines, zodat de zorg goed georganiseerd kan worden en de zorg doelmatig is. Daarnaast moeten de zorgverleners over de juiste competenties beschikken om de zorg te verlenen.

Claire: Goede, gekwalificeerde zorg, dat iedereen bevoegd en bekwaam is.

Claire doelt hiermee specifiek op de verpleegtechnische handelingen waarvoor de zorgmedewerkers die het uitvoeren bevoegd en bekwaam moeten zijn. Emma ziet het echter breder dan alleen de verpleegtechnische handelingen en beschouwt het meer als weten waar je mee bezig bent en kunnen onderbouwen wat je doet.

Emma: Waarom doe je bepaalde dingen wel en waarom doe je bepaalde dingen niet en dat ook goed kunnen onderbouwen...Het moet niet schadelijk zijn voor je cliënt, niet dat je cliënt er minder van wordt.

Emma legt uit dat zorgverleners vaak met de beste bedoelingen taken overnemen van cliënten. Even de krant uit de brievenbus meenemen, een boterham smeren of de huisarts bellen. Veel zorgverleners zijn zich niet altijd bewust dat dit ook nadelige gevolgen kan hebben voor de cliënt, omdat de cliënt hierdoor minder zelfredzaam kan worden.

Emma: Dat je de zelfredzaamheid niet wegneemt, het stukje wat ze nog kunnen... doordat je het soms goed bedoelt, maar ze uit handen neemt, want mensen wennen gauw. Dat je te veel overneemt ja. Wat dat is gewoon wel wat je in de thuiszorg gauw ziet.

Ook Diane ziet dit veel terug in de dagelijkse praktijk, maar geeft aan dat het ook voor de eigenwaarde van de cliënt van belang is dat ze zelf blijven doen wat ze nog kunnen doen.

Relatie en samenwerking

Het opbouwen van een relatie met de cliënt is van belang is voor het leveren van goede zorg. De relatie met de cliënt wordt als voorwaardelijk gezien om goed aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de cliënt.

Anne: omdat jezelf beter meer achtergronden weet en dus ook meer de behoeftes kent van iemand, maar mensen jou ook beter kennen en meer vertrouwen en dus ook meer daarvan laten zien wat waar ze behoefte aan hebben, zeg maar.

Hierin komen de thema's aandacht, aansluiten bij de behoeften en relatie dus samen voor Anne. Ook Bo vertelt dat het opbouwen van een relatie met haar cliënt van belang is om goede zorg te kunnen geven.

Bo: dat je een vertrouwensband opbouwt dat een cliënt ook bij jou durft aan te kloppen op het moment dat het minder goed gaat.

Diane en Emma benoemen ook duidelijk dat het opbouwen van de relatie ook met de mantelzorgers van groot belang is, zodat wijkzorgverleners en mantelzorgers elkaar kunnen vinden en samen de zorg kunnen organiseren.

Diane: Ik heb ook heel veel contact met familie... Je hebt wel wat van de familie nodig...En ja, als je dat doet, komen ze ook eerder bij je als er wat is.

Claire staat er wat anders in. Ze ervaart meer afstand tot de cliënt en mantelzorgers dan de andere respondenten, omdat ze hier niet met grote regelmaat komt. Claire benoemt het belang van relatieopbouw met andere samenwerkingspartners in de zorg wel duidelijk. Het samenwerken en netwerken is volgens haar van belang om meer cliënten te werven en daarnaast om de zorg voor de cliënten beter te organiseren.

Claire: ... door te netwerken en jezelf te laten zien, dan merk je wel dat dit zijn vruchten afwerpt en daar word ik ook blij van.

Ook Emma en Bo zijn veel bezig met de samenwerking met andere zorgverleners, zoals huisartsen, ziekenhuizen, sociale voorzieningen en vrijwilligers. Die samenwerking is van belang om de zorg goed te kunnen organiseren voor de cliënt. Bo benoemt dat de zorg nu erg 'versnipperd' is, waarmee zij erop doelt dat er veel instituten zijn die allen een klein, specifiek deel van de zorg organiseren.

Bo: Doordat alles nu is opgesplitst, heb je niet meer bij een organisatie het totaalbeeld waardoor het allemaal vakjeswerk wordt.

Een andere veelgenoemde vorm van relatie is de relatie met collega's in het team en dus de onderlinge samenwerking binnen het team. Het werken in de wijkverpleging is zeer solistisch, maar collega's zijn nodig om samen de zorg goed te kunnen organiseren en om op elkaar terug te kunnen vallen.

Menslievendheid

Bijzonder en mooi in de gesprekken met de respondenten was de menslievendheid die zij van belang achten voor het verlenen van goede zorg. Allemaal zijn ze ooit de zorg in gegaan om iets voor een ander te willen betekenen, voor een ander te zorgen, de dag van de ander een stukje mooier te maken. In de gesprekken komt dit op verschillende wijzen naar voren. Anne spreekt van liefde voor de medemens:

Anne: En nou hier is toch wel denk ik waar alles uit voortkomt dan liefde voor mijn medemens...

Emma beschrijft het als voor iemand klaar willen staan, er zijn.

Emma: Ik ben gewoon wel iemand die graag voor een ander klaarstaat. Privé, maar in mijn werk ook.

Bij Diane is de compassie en betrokkenheid zeer zichtbaar in de manier hoe zij over haar cliënten spreekt. Ze hecht waarde aan de eigenwaarde van de cliënt en de ander het gevoel geven ertoe te doen. Ook voor Diane is het helpen van anderen een belangrijke drijfveer in haar werk.

Diane: Omdat ik graag mensen wil helpen, en dan vooral ouderen want dat is, dat is het laatste wat je kan doen voor iemand.

Bo beschrijft dat ze graag zorg wil verlenen vanuit haar hart, vanuit een stuk liefde voor haar medemens. Dat stukje menslievendheid drijft haar om altijd het goede te doen voor haar cliënten en de zorg goed te organiseren.

Conclusie goede zorg

Goede zorg is volgens de respondenten zorg vanuit liefde voor de medemens. Met deze menslievendheid als basis wordt zorg verleend met aandacht, die aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Om deze zorgbehoefte te verhelderen is het van belang dat er een goede zorgrelatie is tussen de cliënt en zorgverleners. Goede zorg is zorg die verleend wordt door medewerkers die over de juiste competenties beschikken en die de zelfredzaamheid van de cliënt vergroten waar mogelijk. Goede zorg is ook zorg die vanuit goede samenwerkingen wordt georganiseerd, samenwerkingen met mantelzorg en andere zorgverleners.

4.3 Zingeving

Na analyse van de empirische data zijn drie belangrijke thema's gevonden die bijdragen aan het ervaren van zin in het werk, namelijk: van betekenis zijn, voldoening ervaren en gezamenlijkheid. In deze paragraaf zijn de thema's uitgewerkt. Daarnaast is er door de respondenten veelvuldig gesproken over zaken die zingeving in het werk op een negatieve manier beïnvloeden, wat aan het eind van deze paragraaf aan bod zal komen.

Van betekenis zijn

De meest genoemde beweegreden om te willen werken in de zorg is iets voor de ander willen betekenen. Onder andere bij Anne en Emma is het iets wat zowel in hun werk als in hun

privéleven belangrijk is. Zij willen graag iets voor de ander betekenen en stellen zich dienstbaar op.

Anne: Dat je echt iets kan betekenen voor mensen... Als mensen aan mij terugdenken van nou, die heeft echt iets voor mij betekend.

In haar werk vindt Anne het belangrijk dat ze iets positiefs bijdraagt aan de dag van haar cliënten en op die manier ook van betekenis is voor haar cliënten. Ook Diane wil graag van betekenis zijn voor haar cliënten en wil haar cliënten graag het gevoel geven dat ze ertoe doen, dat ze gezien worden en daar past ze haar zorgverlening op aan.

Diane: Omdat ik graag mensen wil helpen, en dan vooral ouderen. Want dat is, dat is het laatste wat je kan doen. En vooral bij de mensen thuis, want dan kom je in hun eigen, hun eigen omgeving met hun eigen spulletjes en hun eigen dingetjes. Nou, dan vind ik gewoon mooi en dan kom ik daar als gast, als hulpverlener kom ik daarbinnen en. En dan heb ik zoiets van, moet ik me aanpassen bij hen. In zoverre dan wat dan kan, zeg maar, maar dat vind ik gewoon mooiste.

Diane verdiept zich in de achtergrond van de cliënt en bouwt een relatie op met haar cliënt. Een relatie met een cliënt, en in veel gevallen ook hun naasten, wordt door de wijkzorgverleners als belangrijk beschouwd om van betekenis te kunnen zijn omdat zij op die manier meer kunnen aansluiten bij de behoeften van de cliënt en diens naasten.

Voldoening ervaren

Voor de zorgverleners is het van belang dat zij voldoening ervaren in hun werk en dit hangt nauw samen met het ervaren van een goed gevoel, plezier en werkgeluk. De wijze waarop de respondenten voldoening ervaren is verschillend. Bo geniet van de puzzel om de juiste zorg voor haar cliënten te kunnen organiseren.

Bo: Of iemand weer zelfredzaam hebt gekregen of weer de juiste zorg in hebt kunnen schakelen. We hebben nu ook een aantal cliënten waarbij wij zijn ingeschakeld, maar wij niet de juiste instantie zijn dat je gaat zoeken, maar wat past er eigenlijk wel in? En, dat vind ik leuk zo puzzelen.

Ook Emma ervaart voldoening wanneer ze de zorg zo kan organiseren en vormgeven dat de cliënt de juiste zorg ontvangt en zo lang mogelijk thuis kan wonen.

Emma: Als je kan behalen wat cliënten graag willen en mantelzorgers, ja dat is harstikke mooi. En ook dat je ze kan ontlasten met dingen. Ja dat vind ik wel mooi want het is mooi dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen.

De wijkverpleegkundigen en casemanager spreken ook over de uitdaging die ze vinden in hun werk. Dit is met name wanneer ze de juiste zorg hebben kunnen organiseren, die past bij de situatie van de cliënt en veelal in samenwerking met andere zorgverleners.

Diane en Anne halen vooral veel voldoening uit de zorgmomenten zelf. Het geeft hun plezier, energie en een goed gevoel wanneer zij kunnen zorgen voor cliënten.

Diane: Daar geniet ik enorm van... Ik haal ook op dit moment mijn energie bij de cliënten weg.

Ook ervaren de zorgverleners voldoening in hun werk door de wederkerigheid binnen de zorgrelatie. Zij geven zorg en ontvangen daar iets voor terug van de zorgontvanger, zoals de bevestiging dat de aan de zorgbehoefte voldaan is. Dit bevestigt voor de zorgverleners dat zij het goede hebben gedaan. Anne kwam tot de conclusie dat haar motivatie om in de zorg te werken wellicht wat egoïstisch is.

Anne: Tuurlijk is het fijn als je merkt dat je gewaardeerd wordt. Dat is dan toch wel een stukje erkenning. Het is dan denk ik wel het allerbelangrijkst hoe ik me er zelf bij voel. Dus eigenlijk is het misschien wel een heel egoïstische reden om dit werk te doen. Omdat ik me er goed bij voel dus... Puur eigenbelang!

Gezamenlijkheid

Het gevoel van gezamenlijkheid is voor alle respondenten van belang in het vinden van betekenis in hun werk. Deze gezamenlijkheid wordt gevonden op verschillende manieren, zowel binnen het zorgteam en de zorgorganisatie als in de regio met andere zorgaanbieders. Emma beschrijft een complexe situatie waarin de samenwerking met ander zorgaanbieders leidde tot het kunnen verlenen van goede zorg;

Emma: Die samenwerking vind ik harstikke mooi en dat is echt wel waarom ik uit bed kom. Ook echt samenwerken, samen het voor de cliënt doen.

Het gevoel van gezamenlijkheid draagt bij aan het ervaren van werkplezier. Ook Diane vertelt dat goede samenwerking in het zorgteam bijdraagt aan het verminderen van ervaren werkdruk, omdat ze er voor haar gevoel niet alleen voor staat. Erkenning en waardering, zowel binnen het team als binnen de organisatie en daarbuiten zijn van belang voor het ervaren van gezamenlijkheid. Claire beschrijft dat het haar een fijn gevoel geeft wanneer ze vanuit het management gewaardeerd wordt.

Claire: Erkenning en waardering vind ik belangrijk... Erkend worden... Je moet het wel met elkaar doen en het is gewoon nou ja, niet altijd leuk in de zorg. Het is hard werken. En nou dan is het gewoon fijn dat je vanuit bovenaf zeg maar gewaardeerd wordt.

In de samenwerking met andere zorgaanbieders of instituten, zoals bijvoorbeeld het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), is het ook van belang dat er sprake is van erkenning van de professionaliteit van zorgverleners. Dit draagt bij aan het gevoel van gezamenlijkheid en is helpend in het organiseren van de zorg.

Emma: Je vraagt als professional een indicatie aan en dan denk ik ergens ook het CIZ mag er dan toch vanuit gaan dat je niet zomaar een indicatie aanvraagt?

Negatieve beïnvloeding zingeving

Door de respondenten worden uiteenlopende zaken genoemd die een negatief effect hebben op het vinden van zin en betekenis in hun werk. De zorg is enorm veranderd in de laatste jaren en in een heel rap tempo. Er komen steeds meer regels en beperkingen, er mag steeds minder

en de zorg is heel zakelijk geworden. Bo spreekt treffend over haar haat-liefde verhouding met de zorg. Ze vindt veel betekenis in het zorgen en organiseren van zorg, maar heeft er veel last van alle regels en beperkingen die haar beletten te doen wat ze graag wil doen.

De manier waarop de zorg nu is georganiseerd vraagt om nauwe samenwerking met onder andere het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook met gemeenten en woningstichtingen. Enerzijds leidt deze samenwerking tot het ervaren van zin en betekenis, maar het heeft een negatieve invloed op zingeving in het werk wanneer deze samenwerking niet goed verloopt. Het geeft dan, onder andere voor Emma en Bo, een gevoel van eenzaamheid en dit levert frustratie op.

Essentie en conclusie zingeving

Van betekenis willen zijn voor de ander is een van de belangrijkste drijfveren voor de respondenten. Daarnaast ervaren zij voldoening in hun werk, want nauw samenhangt met het ervaren van geluk, plezier en een goed gevoel. Ook gezamenlijkheid, erkenning en waardering geven veel betekenis aan het werk. Wanneer zorgverleners beperkt worden in het doen wat zij denken dat goed is om te doen, ervaren zij minder zin en betekenis in hun werk. Dit vertaalt zich in de volgende essentie van zingeving in het werk:

‘Zingeving in het werk wordt gevonden door het van betekenis zijn voor de ander, het organiseren en geven van goede zorg, zowel zelfstandig als in samenwerking met anderen, wat leidt tot het ervaren van voldoening in het werk’.

4.4 Morele stress

In voorgaande paragrafen is aan bod gekomen wat de respondenten goede zorg vinden en hoe zij zin ervaren in hun werk. Daaropvolgend is in de interviews aan bod gekomen op welke manier zij weleens morele stress ervaren. In deze paragraaf zijn de resultaten daarvan beschreven gevolgd door de essentie van morele stress aan het eind.

Ervaren problemen en de gevolgen daarvan

In de dagelijkse praktijk lopen de zorgverleners tegen diverse problemen aan, waaraan een kapot systeem aan de basis lijkt te liggen.

Tijd

Met name in de laatste jaren is er veel veranderd in de wijkverpleging en die veranderingen gaan in een rap tempo volgens Emma. Vroeger kon er meer, was er meer tijd en waren er minder regels. Zorg is een product geworden en het moet allemaal zo weinig mogelijk en zo goedkoop mogelijk. Het gebrek aan tijd is iets waar alle respondenten tegenaan lopen in de praktijk. Diane vertelt dat met het inkorten van de zorgtijden, het sociale aspect van de zorg verdwijnt en de zorg onpersoonlijker wordt.

Diane: Je krijgt al minder tijd, het wordt al krapper, het wordt al onpersoonlijker. En nou, daar schop ik tegenaan. Daar heb ik heel veel moeite mee. (Met ‘al’ wordt in het Gronings ‘steeds’ bedoeld)

Ook Anne loopt er in de dagelijkse praktijk tegenaan dat ze te weinig tijd heeft om een gesprek te voeren met cliënten. Bo beschrijft dat door het sturen op doelmatigheid men niet altijd de juiste zorg meer krijgt.

Niet kunnen doen wat nodig is

Bo valt direct met de deur in huis.

Bo: Ik vind dat dat we tegenwoordig niet meer alle zorg kunnen bieden die we eigenlijk wel zouden willen bieden.

Hiermee bedoelt Bo dat de zorg nu beperkt wordt tot 'zorg met een geneeskundige achtergrond', terwijl de behoefte vaak ook op een ander vlak ligt. Een voorbeeld wat ze benoemt is een vinger aan de pols willen houden. Soms komt ze bij kwetsbare cliënten, waar geen medische noodzaak meer tot zorg is, maar waar ze wel graag controle wil houden. Dit is binnen de huidige wetgeving niet mogelijk. Het gebeurt geregeld dat ze bij dergelijke cliënten pas weer gebeld wordt als de situatie volledig uit de hand gelopen is en er dus veel meer zorg nodig is dan wanneer zij tussentijds voor controle momenten langs was geweest.

Claire heeft ook dergelijke situaties meegemaakt en noemt het voorbeeld van palliatieve zorg in de thuissituatie, wat geregeld niet mogelijk blijkt.

Claire: En je wil het liefst mensen toch wel zo lang mogelijk thuis laten wonen of laten sterven, zeg maar thuis, maar... Nou ja, dat is soms best lastig, zeg maar.

Emma vertelt zichtbaar aangedaan over een situatie waarin de financiering van de zorg het geven van goede zorg belemmert. Er volgt een verhaal over een afgewezen indicatie, zorg vanuit de zorgverzekeringswet in combinatie met een partnerindicatie, zorg in onderaanneming en een bizarre, duurdere en onvriendelijke oplossing.

Emma: Maar doordat het uit verschillende zakjes komt mag het niet. Daar word ik dan echt, echt heel verdrietig van. Dat ik denk van: waarom moet het zo? Waarom moet het zo? We zijn allemaal opgeleid om hetzelfde te doen, maar omdat het dan uit andere potjes komt... En dan denk ik, dit moet toch makkelijker kunnen? Dit hoeft toch niet zo te zijn? Dit is toch te bizar voor woorden? Bij ieder gaat het om geld.

Kapot systeem

Hoe het systeem nu is ingericht, met alle verschillende wetgevingen, de grote rol van de zorgverzekeraars en de koers van de regering leidt tot een verschraling van de zorg volgens Bo.

Bo: Ik bedoel, eigenlijk is het de zorg zelf ziek met alle systemen en zorgverzekeraars die overal de macht op hebben. Je wil de tijd voor iemand nemen, maar je weet dat je die tijd eigenlijk niet hebt. En, ik denk dat heel veel mensen behoefte hebben aan het sociale praatje. En dat je daar veel mee kan tackelen.

Alle respondenten benoemen dat de zorg tegenwoordig alleen nog maar om geld draait en daar de problemen grotendeels vandaan komen. Ze geven allen ook aan dat ze wel begrijpen dat het anders moet dan vroeger, want dat was niet meer te betalen. Maar de manier waarop het nu wordt ingericht leidt tot bureaucratie en slaat volledig door.

Claire: Dat het soms nou ja, niet echt meer menselijk is, maar dat er wel heel, heel erg wordt gekeken naar cijfers en inderdaad, doelmatigheid en regels vanuit de zorgverzekeraar van wat wel of niet kan.

Vanwege de bureaucratie, alle verschillende potjes geld en de beperkingen die er zijn, is er volgens Emma ook niemand meer die verantwoordelijkheid neemt wanneer het vastloopt. Ze beschrijft een situatie van een cliënt die vanwege bevestigsschade zijn woning moet verlaten, maar waar nergens een geschikte voorziening voor gevonden kan worden.

Emma: Alles werkte elkaar tegen, dus ik ben daar echt weken ben ik daarmee bezig geweest. Soms dagenlang dat gevecht maar aangaan. Maar uiteindelijk is het gelukt dat er toch iemand over zijn hart heeft gestreken, van nou, we gaan die man dan daar toch plaatsen.

Gevolgen voor de zorgmedewerker

Anne gebruikt een metafoor van een snelheidscamera om uit te leggen hoe zij dagelijks haar werk doet.

Anne: Dan wil je weleens stiekem iets harder rijden dan mag, maar dan ben je toch bang dat je geflitst wordt. Dat voelt wel heel erg hetzelfde dat je eigenlijk wel wil, maar niet kan. En dat je dan constant probeert te laveren tussen iets harder, maar niet te, want stel dat ik geflitst word dan wil ik ook maar niet een te grote zware boete krijgen... En zo voelt het op mijn werk ook.

De zorgmedewerkers ervaren tijdsdruk, verantwoordingsdruk en geven aan vaak het gevoel te hebben dat zij cliënten en hun naasten tekortdoen, ondanks dat zij hun uiterste best doen om het goede te doen. Het zijn continu dilemma's tussen het goede willen doen en doen wat mag binnen de kaders en regels die er zijn. Dit zorgt voor morele stress.

Daar komt bij dat ze aangeven zich vaak niet gehoord of gezien voelen, of ervaren dat hun professionaliteit in twijfel wordt getrokken. Een voorbeeld hiervan is wanneer het CIZ een aangevraagde indicatie afwijst zonder de cliënt te kennen.

Emma vertelt over haar boosheid: Eerst op het CIZ, dat ik dacht, hé, zo, ja... Tuurlijk, het CIZ heeft een taak en die moet goed beoordelen, maar het is soms een beetje onpersoonlijk, want ik denk, ja, ik ken deze mensen zo goed...

Het kost veel energie om de zorg goed te organiseren wanneer het niet een standaard situatie betreft. Instanties als het CIZ en zorgverzekeraars lijken vaak niet naar een specifieke situatie van een cliënt te kijken, waardoor moeilijke en kwetsbare situaties ontstaan.

Uitingen van morele stress

Morele stress uit zich bij de respondenten op verschillende manieren en verschillend qua intensiteit, maar uit de data blijkt dat er ook zeker overeenkomsten zitten in het ervaren van morele stress door de respondenten.

Machteloosheid

Machteloosheid is een veelgenoemde uiting van morele stress bij de respondenten, omdat ze wel anders willen maar niet kunnen. Wel ervaren ze dit, afhankelijk van hun rol, elk op hun eigen manier. De casemanager en wijkverpleegkundigen ervaren machteloosheid voornamelijk wanneer zorg niet op een goede manier georganiseerd kan worden, bijvoorbeeld doordat indicaties niet afgegeven worden of omdat de samenwerking tussen instanties niet goed verloopt.

Bo beschrijft een situatie waarin afspraken tussen zorgverzekeraars en huishoudelijke hulp leiden tot een onmogelijke situatie: In een hoekje gedrukt. Je kunt geen kant op, maar je wil zo'n vrouw ook niet laten vallen.

Ook Emma ervaart geregeld dat instanties en systemen belemmerend werken in het organiseren van goede zorg, wat soms voelt als een gevecht dat ze steeds weer aangaat, maar niet kan winnen.

Emma: Ik voelde me heel machteloos. Je doet wat je kunt en je belt met iedereen.

Anne en Diane, die meer in de uitvoerende kant van de zorg zitten, ervaren voornamelijk machteloosheid doordat problemen met de tijd structureel zijn. Zo noemt Anne dat ze bij een cliënt altijd uitloopt en daardoor geen pauze heeft en te laat bij andere cliënten komt, maar dat de indicatie niet aangepast kan worden.

Niet gehoord worden

Onderdeel van het ervaren van machteloosheid is het gevoel niet gehoord te worden. Anne ervaart dit geregeld wanneer zij in de knel zit qua tijd bij een cliënt, maar het niet mogelijk is om de tijd aan te passen.

Anne: Dat kan niet meegenomen worden in de indicatie... Maar ik vraag me ook af of er wel over nagedacht wordt hoe dat voor ons is. (vraag van onderzoeker: door wie?) Sowieso wijkverpleegkundigen die indicaties stellen. Maar ik denk ook dat de zorgverzekeraars er ook helemaal geen boodschap aan hebben.

Ook Diane ervaart dit in haar werk, bijvoorbeeld wanneer hulpmiddelen ingezet moeten worden in een situatie waarin dat volgens haar niet passend is.

Diane: En dan kan ik me inwendig boos maken. Dan denk ik van: ik heb dat toen die tijd zo goed uitgelegd... Gaan we niet doen!

Wederom ervaren de wijkverpleegkundigen en casemanager het niet gehoord worden op een andere manier, vanwege hun andere rol in de zorg. Met name wanneer er een andere indicatie nodig is die zij zelf niet mogen stellen, voelen zij zich geregeld niet gehoord. Dit kan leiden tot schrijnende situaties, omdat het CIZ de cliënt niet kent en gevolgen niet kan overzien. Voor een cliënt van Emma waren de gevolgen zeer groot. Door een onjuiste indicatie, met daarbij een onjuiste woonvorm, versnelde het dementieproces van haar cliënt zich in zo'n rap tempo dat haar cliënt nogmaals moest verhuizen, nu naar een gesloten afdeling.

Emoties en gevoelens

Morele stress zorgt voor veel emoties. In de situatie van Emma deed het haar verdriet. Andere genoemde emoties en gevoelens zijn boosheid, frustratie, onrust, angst voor het lot van de cliënt, onzekerheid, onbegrip, spanning en twijfel. Allen geven ze aan er last van te hebben, de een meer dan de ander. Anne zegt zich opgefokt te voelen wanneer ze keer op keer te weinig tijd voor cliënten heeft en het niet meer lukt dit op andere dagen te compenseren. Claire vertelt soms aan zichzelf te twijfelen of ze wel het goede heeft gedaan in moeilijke situaties waarin het niet op de gewenste manier kon. Ze beschrijft een situatie waarin een cliënt graag thuis had willen sterven, maar ze toch heeft aangestuurd op een hospice omdat de thuiszorg het niet kon organiseren.

Claire: Twijfel bij jezelf, heb je een goede keuze gemaakt? Soms kan ik er best onzeker van worden en veel over nadenken.

Diane vertelt over haar reactie nadat ze het bericht kregen dat er weer meer op doelmatigheid gelet moest worden en daardoor van verschillende cliënten de indicatie naar beneden werd bijgesteld.

Diane: Werkplezier heb ik altijd gehad, maar de laatste tijd, doordat er zoveel veranderingen zijn... Tijddruk komt nu steeds meer. Vooral de eerste week heb ik echt toen we dat te horen kregen toen flipte ik helemaal... Ik word warm vanbinnen, ik word emotioneel en aan de andere kant word ik boos.

Met name de wijkverpleegkundigen en de casemanager ervaren een vorm van kwetsbaarheid, omdat zij degenen zijn die de zorg indiceren en organiseren en daardoor continu moeten laveren tussen kaders, normen en wensen en behoeften van de cliënt en de zorgmedewerkers.

Bo: En dan ben jij de boosdoener die mag vertellen van nou, maar dat is niet hoe het hier gaat. Dat is niet wat we in de thuiszorg kunnen bieden.

Omgaan met morele stress

De manier waarop omgegaan wordt met morele stress is divers, maar er ook overeenkomsten zitten in de manier van omgaan met morele stress. Alle respondenten gaven aan dat ze de problemen waar ze tegenaan lopen bespreekbaar maken. Bo bespreekt het met haar collega's of thuis, Diane met haar maatje op het werk en Emma met haar collega casemanagers en wijkverpleegkundigen.

Uit de interviews komt naar voren dat de een er makkelijker mee om gaat dan de ander. Zo heeft Claire in zekere mate geaccepteerd dat het systeem nou eenmaal zo werkt en probeert, onder andere door rationeel na te denken, de stress los te laten.

Claire: In de wijk ben je wel beperkt met wat je kan geven en daarom probeer ik vaak wel in andere oplossingen te denken... Dan probeer ik ook wel rationeel te denken. Van oké, dit was eigenlijk wel de beste oplossing. En nou ja, als wijkverpleegkundige inderdaad moet je wel keuzes maken, ook op basis van de kaders en normen.

Anne probeert vooral te voorkomen dat ze last krijgt van morele stress, door steeds de randjes op te zoeken en te compenseren wanneer ze het gevoel heeft dat ze haar cliënten tekort heeft gedaan.

Anne: Dat ik het dan de eerstvolgende keer wel weer goed maak... Het wordt me vergeven, ze begrijpen me wel.

Bij Bo en Emma leidt de morele stress ook tot een soort strijdbaarheid en vechtlust. Ondanks dat het niet kan zoals het moet, blijven ze strijden voor de best mogelijke oplossing voor hun cliënt, ook al voelt het soms als een zinloos gevecht. Ze gooien de handdoek niet zomaar in de ring.

Gevolgen van morele stress

Morele stress leidt tot verschillende gevolgen bij de deelnemers, maar er zijn ook overeenkomsten. Er wordt minder voldoening ervaren in het werk wanneer men steeds tegen dezelfde problemen aanloopt. Zo geeft Bo aan een haat-liefde verhouding met de zorg te hebben:

Bo: Maar je wil ook zorg verlenen vanuit je hart, dus kunnen doen wat je wil doen en dat kan dan niet. Het frustreert soms gewoon dat je denkt, daar gaan we weer. Daar komt ook mijn haat-liefde verhouding met de zorg vandaan.

Diane vertelt minder werkplezier en geluk te ervaren door de ervaren morele stress. Wanneer de zaken niet in positieve zin gaan veranderen, twijfelt ze zelfs of ze in de zorg wil blijven werken. Haar passie voor het werk lijkt te verdwijnen.

Diane: Waarom moeten zorgverzekeraars en de regering dit doen? ... Waarom moet dit allemaal? Want ik heb geen passie meer, de laatste tijd geen passie meer voor mijn werk en dan denk ik van... Moet ik andere keuzes maken?

Ook Anne ondervindt gevolgen van de morele stress die zij ervaart in haar werk. Zo werkt ze bewust maar tweeëntwintig uur, omdat ze daarmee balans kan houden tussen werk en privé. Ook probeert ze verschillende routes te werken, zodat ze niet elke dag tegen dezelfde problemen aanloopt.

Anne: Het is dus niet zo dat ik elke dag tegen dezelfde dingen aanloop... dan is het structureel... dan kan ik het ook minder makkelijk, minder makkelijk loslaten denk ik zo. Dan, dan lukt het gewoon niet meer om het los te laten omdat je elke dag gewoon dezelfde dingen, tegen dezelfde dingen aanloopt. En je ze uiteindelijk niet meer aldoor kan compenseren natuurlijk, want daar zit ook een grens aan.

Hoewel Claire makkelijker lijkt om te gaan met de morele stress dan haar collega's, kiest zij bewust voor afstand van de cliënt. Door deze afstand ervaart ze morele stress minder erg dan haar collega's die dagelijks bij de cliënt komen.

Claire: we hebben er allemaal last van, maar ik zit toch in een andere rol in positie en ik kijk toch naar anders naar dingen, zeg maar dan... Nou ja, met alle respect, een verzorgende, zeg maar, die doen natuurlijk ook... Nou het directe cliënten contact, het

verzorgen, zeg maar die zijn op een andere manier nauwer betrokken dan dat ik daar ben.

De gevolgen van morele stress zijn voor de deelnemers verschillend. Over het algemeen worden het ervaren van minder voldoening en minder werkplezier geregeld genoemd. Claire lijkt minder gevolgen van morele stress te ervaren, enerzijds doordat ze zich er makkelijker bij neerlegt dat het soms niet kan zoals het moet, dus dan moet het maar zoals het kan. Toch lijkt ze ook bewust te kiezen voor wat meer afstand, waardoor ze de gevolgen minder ervaart.

Essentie en conclusie

De essentie van morele stress die voortkomt uit dit onderzoek is als volgt:

'Morele stress treedt op wanneer men weet wat het goede is om te doen, maar het onmogelijk is om hiernaar te handelen, wat zich uit in negatieve emoties. De voornaamste oorzaak van morele stress die in dit onderzoek naar voren komt is een kapot zorgsysteem, dat zeer zakelijk is ingericht en zeer bureaucratisch is'.

De respondenten ervaren morele stress op hun eigen manier, al zijn er ook veel overeenkomsten. Zo worden gevoelens van onmacht genoemd, ervaren zij verdriet, boosheid en frustratie. De gevolgen van morele stress kunnen zowel op korte als lange termijn nadelig zijn voor de zorgmedewerkers.

4.5 Synthese goede zorg, morele stress en zingeving

Uit de empirische data blijkt wat goede zorg volgens de respondenten inhoudt, hoe zij betekenis vinden in hun werk en op welke manier zij morele stress ervaren. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op hun onderlinge verhouding.

Goede zorg en zingeving

Goede zorg is zorg met aandacht en die aansluit bij de behoefte van de ander. De respondenten hebben aangegeven zin te ervaren in hun werk door van betekenis te zijn voor de ander. Het geven van goede zorg, waarbij er tijd, rust en aandacht is voor de cliënt wordt als betekenisvol gezien en draagt zodoende bij aan zingeving in het werk. Wanneer het lukt om goede zorg te organiseren die aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt, wordt er voldoening ervaren door de zorgmedewerkers. Het samen organiseren en verlenen van de zorg wordt gezien als goede zorg en is daarnaast betekenisvol voor de zorgverleners.

Menslievendheid is de basis voor goede zorgverlening, daar komt alles uit voort. Het omzien naar een ander en het goede willen doen. Dit raakt ook aan de voornaamste reden van de zorgmedewerkers waarom zij ooit voor de zorg hebben gekozen: uit liefde voor de medemens en voor deze medemens van betekenis willen zijn. Hier zit ook een stuk wederkerigheid in. Er wordt zorg gegeven, maar ook door de zorgverleners wordt ontvangen, in de vorm van voldoening, een goed gevoel of erkenning van de cliënt. Het verlenen van goede zorg geeft zin aan het werk van de zorgmedewerkers.

Goede zorg en morele stress

Morele stress ontstaat wanneer geen goede zorg geleverd kan worden. Uit het onderzoek blijkt dat huidige zorgsysteem een belangrijke oorzaak is in het niet kunnen geven van goede

zorg, omdat er binnen de regels en kaders onvoldoende ruimte is om tijd en aandacht te geven aan de cliënt. Daarnaast bieden de regels en kaders onvoldoende ruimte om aan te kunnen sluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt en is tijd en ruimte essentieel om een goede zorgrelatie op te bouwen.

Zingeving en morele stress

Uit het empirisch onderzoek is duidelijk geworden dat er voornamelijk zin en betekenis wordt ontleend aan het verlenen van goede zorg. Wanneer het niet mogelijk is om goede zorg te verlenen en dit leidt tot morele stress, kan verondersteld worden dat dit een negatief effect heeft op het ervaren van zin en betekenis in het werk. De eerder aangehaalde fragmenten uit de interviews bevestigen dit. Wel blijkt de manier waarop wordt omgegaan met morele stress van invloed op zingeving. Zo kan Claire goed relativeren en probeert rationeel na te denken, waardoor ze minder last heeft van morele stress en het effect van de morele stress lijkt ook minder van invloed op zingeving in haar werk.

Diane en Anne, die dagelijks bij de cliënten thuishkomen, lijken meer last te hebben van morele stress en hebben beide een andere manier van omgaan met deze ervaringen. De gevolgen daarvan voor zingeving in het werk lijken voor Diane groter dan voor Anne, omdat Anne meer invloed heeft op de manier hoe zij omgaat met morele stress. Zo kan zij zelf kiezen om parttime te werken en verschillende routes te draaien, waarmee ze meer balans kan vinden.

Ook Emma en Bo ervaren dat morele stress van invloed is op zingeving in het werk. Zij lijken dit beide op eenzelfde manier te ervaren. Enerzijds vinden ze veel voldoening in het puzzelen om binnen de kaders en regels die er zijn toch goede zorg te leveren, maar als het niet lukt geeft het ze veel frustratie en geeft dit het gevoel dat het zinloos is wat ze doen. Balans hierin is essentieel om hun werk in algemene zin als betekenisvol te beschouwen.

5. Zorgethische analyse

In dit hoofdstuk worden de theoretische verkenning en de empirische data met elkaar verbonden. Het hoofdstuk is opgebouwd uit de drie terugkerende thema's goede zorg, morele stress en zingeving. Door middel van meedenken, tegendenken en omdenken wordt de derde en laatste deelvraag beantwoord. Deze deelvraag luidt: Wat voor inzichten kunnen hieruit worden ontwikkeld vanuit zorgethisch perspectief over goede zorg in een tijdperk waarin zorg marktgericht is vormgegeven?

5.1 Goede zorg

Het verkennen, bespreken en uitwerken van het thema goede zorg is essentieel om tot het begrijpen van de ervaring van morele stress en zingeving te komen, omdat morele stress immers een gevolg kan zijn van het niet kunnen verlenen van goede zorg. Er zijn veel overeenkomsten tussen goede zorg vanuit zorgethisch perspectief en goede zorg volgens de deelnemers van het onderzoek, ondanks dat zij niet bekend zijn met zorgethiek.

Aandacht, erkennen en aansluiten

Goede zorg begint met aandacht volgens de deelnemers, wat passend is bij de eerste fase van zorg die Tronto beschrijft (Tronto, 1993, pp. 106-107). Aandacht voor wie de ander is, aandacht voor de kwetsbaarheid van de ander en oog hebben voor de zorgbehoefte die er is. Diane benoemt dat hierin ook erkenning terugkomt, het erkennen dat de ander een eigen persoon is met een geschiedenis, eigen normen en waarden. De menslievende houding die de deelnemers omschrijven ligt ten grondslag aan het hebben van aandacht voor de ander, wat aansluit bij wat van Heijst (2005, p. 9) beschrijft als motivatie om te willen zorgen.

In de interviews wordt het aansluiten bij de behoeften van de cliënten veel genoemd wanneer het gaat over goede zorg. Om aan te kunnen sluiten bij die zorgbehoefte, is het herkennen, verkennen en erkennen van die zorgbehoefte van belang, wat zowel blijkt uit de empirische data als uit de omschrijving van Tronto (1993, p. 106) over de eerste fase van zorg. Herkennen van het bestaan van een zorgbehoefte, gevolgd door erkennen dat er invulling gegeven dient te worden aan deze behoefte, waarna verkend wordt op welke manier hier invulling aan gegeven kan worden. Emma beschrijft dat zij nieuwsgierig is naar wie ze tegen komt en in welke situatie diegene zich begeeft en met openheid bij de cliënt binnen komt. Met deze houding stelt ze zich open voor de cliënt en de situatie, zodat ze daarbij kan aansluiten. De ander het gevoel geven dat die ertoe doet, dat is wat Diane zo belangrijk vindt. Van Heijst (2008, pp. 59-61) stelt dat zorgontvangers en hun naasten zorg als goede zorg ervaren wanneer zij zich gezien voelen.

Aansluiten, conflict en verantwoordelijkheid

Het aansluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt wordt door de respondenten belangrijk geacht in het geven van goede zorg, wat aansluit op het gedachtegoed van Tronto (1993, pp. 106-107). Het aansluiten bij de zorgbehoefte klinkt als een nobel streven, maar in de praktijk blijkt het zeker niet alleen de zorgontvanger die bepaalt welke zorgbehoefte er is en wat er nodig is om aan die zorgbehoefte te voldoen. Van Heijst (2005, pp. 53-55) beschrijft dat de indruk wordt gewekt dat zorgontvangers invloed hebben op de zorg die zij ontvangen, onder andere

door patiëntenraden en de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, maar dat dit in de praktijk grotendeels een illusie blijkt. Wetten, procedures, protocollen, kaders en normen bepalen gezamenlijk met de cultuur binnen zorgsystemen grotendeels welke zorg gegeven wordt (van Heijst, 2005, p. 53). Hierin zit ook een discrepantie, want dezelfde kaders schrijven enerzijds voor dat de eigen regie van de cliënten vergroot moeten worden, maar werken juist ook belemmerend in het voeren van die eigen regie.

De respondenten ondervinden in de dagelijkse zorgpraktijk hinder van de bureaucratie. De regering, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CIZ bepalen welke zorg aan een cliënt gegeven mag worden en de casemanager en wijkverpleegkundigen moeten dit vertalen naar een indicatie en zorgplan. Dit legt een grote verantwoordelijkheid bij hen neer, omdat zij met weinig bewegingsruimte toch de zorg zoveel mogelijk passend bij de behoefte moeten organiseren. Zo beschrijft Bo dat ze niet meer de zorg kan bieden die cliënten wensen omdat ze het niet kan verantwoorden dat deze zorg ingezet wordt. Tronto (1993, p. 109) beschrijft kort dat zorg gepaard gaat met conflicten, waaronder bureaucratie die bepaalt aan welke zorgbehoefte wel en niet voldaan wordt. Bij Claire zien we terug dat dit echt al is verweven in haar manier van werken. Zij noemt expliciet dat er vooral niet te veel moet worden meegegaan met de wensen van de cliënt, omdat er in het algemeen minder professionele zorg ingezet mag worden.

Ook zien de respondenten in de praktijk een groep zorgvragers die van mening is dat zij het recht hebben dat er voor hen gezorgd wordt en zich zeer passief opstellen. Hiermee ontstaat dus ook een ander conflict: wie bepaalt welke zorgbehoefte er is en wat een zorgvrager zelf nog zou kunnen uitvoeren? In dergelijke situaties is het risico op paternalisme sterk aanwezig (Tronto, 1993, pp. 145-146). Hierin ervaren de wijkverpleegkundigen en casemanager een verantwoordelijkheid. Tronto (1993, pp. 131-133) beschrijft het verschil tussen het nemen van verantwoordelijkheid en verplichting in de tweede fase van zorg, het zorgen voor, waarin zij een flexibele notie van verantwoordelijkheid verkiest boven de verplichting als basis. De respondenten ervaren dit echter anders, omdat zij in de praktijk verplicht zijn om de verantwoordelijkheid te nemen in deze fase van zorg.

Verantwoordelijkheid, positie en kwetsbaarheid

In wetgeving, kaders en normen is vastgelegd dat de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling voor zorg vanuit de zorgverzekeringswet bij bachelor opgeleide verpleegkundigen ligt. Binnen Zonnehuisgroep Noord, de organisatie waar de respondenten werken, is dit onderdeel van de functie van wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie. Zoals in het theoretisch onderzoek naar macht en positie (paragraaf 3.2) is weergegeven, maakt deze positie met bijbehorende verantwoordelijkheid kwetsbaar. Dit sluit aan bij de ervaringen van de deelnemers. Zo benoemen Claire en Bo dat deze positie hen kwetsbaar maakt omdat ze continu in tweestrijd zitten, met aan de enerzijds wetgeving, kaders en normen en anderzijds de wensen en behoeften van de cliënt en de behoeften van de zorgverleners in het team. Toch ervaren zij ook ruimte om te puzzelen en te zoeken naar creatieve oplossingen en maakt hun positie dat zij toch enige mate van invloed hebben.

Die mate van invloed hebben zorgverleners zoals Anne en Diane minder, want hun taak is uitvoeren wat in het zorgplan staat dat door de wijkverpleegkundigen is opgesteld. Of en hoeveel inspraak zij hebben in de keuzes die daarin worden gemaakt, is afhankelijk van de wijkverpleegkundige en de relatie tussen zorgverlener en wijkverpleegkundige. Zo vertelt Anne dat ze niet altijd gehoord wordt wanneer ze aangeeft dat het anders moet. Voor Diane voelt het soms alsof ze in een fabriek werkt waarin ze productie moet draaien, wat aansluit bij het beeld wat van Heijst schetst over de hedendaagse zorg (van Heijst, 2005, p. 23).

Zorg verlenen, kwaliteit en competentie

Geheel in lijn met het ethische element 'competentie' dat Tronto (1993, p. 133) verbindt aan de fase 'zorg verlenen', vinden de respondenten het belangrijk dat zorgverleners over de juiste competenties beschikken om goede zorg te kunnen verlenen. Emma noemt het bewustzijn van gevolgen van het handelen als belangrijk onderdeel van goede zorg. Zo worden regelmatig, vaak met de beste bedoelingen, taken overgenomen zonder dat men erbij stil staat wat de gevolgen kunnen zijn van het overnemen van deze taken. Een voorbeeld wat ze daarbij noemt is dat een krant uit de brievenbus halen ervoor kan zorgen dat de cliënt helemaal niet meer buiten komt.

De respondenten benoemen echter ook dat het vergroten van zelfredzaamheid een onderdeel is van kwalitatief goede zorg, waarover in de onderzochte zorgethische literatuur niet specifiek gesproken wordt. De respondenten vinden het vergroten van de zelfredzaamheid van belang omdat het bijdraagt aan de eigenwaarde van de cliënt. Daarnaast draagt het vergroten van de zelfredzaamheid bij aan het verminderen van de kosten van de zorg, doordat cliënten veerkrachtiger worden en minder afhankelijk zijn.

Relatie en wederkerigheid

Het opbouwen en onderhouden van een zorgrelatie wordt door de respondenten van belang geacht voor het verlenen van goede zorg. Zorgpraktijk zijn onlosmakelijk verbonden met zorgrelaties, want in het geven van zorg vindt er interactie plaats tussen de zorgverlener en de zorgontvanger (van Heijst, 2005, p. 112). Deze interactie kan voor beide van betekenis zijn, waardoor er dus sprake is van wederkerigheid (van der Leer, 2020). Dit sluit aan bij de ervaringen van de respondenten. Zo geeft Anne aan dat er een zekere vorm van egoïsme schuilt in het verlenen van zorg, want het verlenen van zorg geeft haar leven zin en betekenis. De relatie zorgt echter ook voor lastige situaties. Emma zegt soms te betrokken te zijn waardoor ze wellicht niet altijd even objectief is in het organiseren van de zorg, bijvoorbeeld bij het aanvragen van een indicatie. Een goede zorgrelatie betekent voor haar ook dat je de zorgontvanger veel gunt en dat is soms onbewust van invloed op haar objectiviteit.

Binnen de zorgethische theorie gaat relationaliteit voornamelijk over de zorgrelatie tussen zorggever en zorgontvanger. De respondenten geven aan dat samenwerkingsrelaties van essentieel belang zijn voor het verlenen van goede zorg. Dit raakt voornamelijk aan de tweede fase van zorg, het organiseren en zorgen dat iemand verantwoordelijkheid neemt voor het verlenen van zorg. Vanwege de 'versnippering' waar Bo over spreekt, is deze samenwerking van belang om alle fasen van zorg te kunnen doorlopen. Emma noemt als voorbeeld dat zij signaleert dat er zorg nodig is, maar waarvoor financiering niet mogelijk is. Zij is dan

afhankelijk van sociale instanties in de regio om te kunnen voldoen aan de zorgbehoefte die zij signaleerde.

5.2 Morele stress

In voorgaande paragraaf is beschreven hoe goede zorg vanuit zorgethisch perspectief eruitziet en hoe zich dit verhoudt tot de empirische data. Op het moment dat goede zorg verlenen niet kan, kan morele stress ontstaan. In deze paragraaf komen theorie en empirische data rondom het thema morele stress bij elkaar.

Wat morele stress is

In de theoretische verkenning zijn verschillende definities van morele stress beschreven. Zo beschrijven Riedel et al (2022) dat morele stress een psychologische reactie is die optreedt wanneer iemand in aanraking komt met morele stressoren. Een zeer ruime, veelomvattende beschrijving. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat de respondenten morele stress ervaren wanneer zij weten wat het juiste is om te doen, maar daar niet naar kunnen handelen en dit negatieve gevoelens en emoties met zich meebrengt. Riedel et al. (2022) beschrijven dat morele stress een psychologische reactie is, in tegenstelling tot McCarthy die stelt dat morele stress psychisch, emotioneel en lichamelijk lijden omvat dat ontstaat wanneer iemand handelt in strijd met ethische waarden en principes (Morley et al., 2017). Uit de empirische data blijkt dat de respondenten voornamelijk negatieve emoties en gevoelens ervaren, zoals boosheid, machteloosheid, frustratie, onrust, een opgefokt gevoel, verdriet en angst. Van fysieke reacties zoals hoofdpijn, slaperigheid en vermoeidheid, die naar voren komen uit het onderzoek van Morley et al. (2017), lijkt in het empirisch onderzoek geen sprake. Daarbij moet de kanttekening geplaatst worden dat de onderzoeksgroep zeer klein is in vergelijking met de onderzoeksgroep van Morley et al. (2017).

Uit het theoretisch onderzoek kwam naar voren dat morele oordeelsvorming ook een rol speelt in het definiëren van morele stress. Zo stelt Corey dat morele stress ontstaat wanneer men niet in staat is om moreel correct te handelen (Riedel et al., 2022). Hier wordt dus verondersteld dat morele oordeelsvorming heeft plaatsgevonden. Volgens de definitie van Fourie kan morele stress ook optreden wanneer er sprake is van morele twijfel (Morley et al., 2017). Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat morele stress voornamelijk optreedt wanneer men weet wat het goede is om te doen, maar het onmogelijk is om op die manier te handelen. Claire spreekt eenmaal over last hebben van twijfel, maar die twijfel trad op wanneer ze aanstuurde op 'plan B', wanneer de wenselijke zorg geen optie was. Dus ook hier heeft al oordeelsvorming plaatsgevonden.

Oorzaken van morele stress

Ondanks dat het onderzoek van Nikbakht Nasrabadi et al. (2021) in een andere culturele setting heeft plaatsgevonden, komt de door hen omschreven oorzaak van morele stress overeen met het empirisch onderzoek. Nikbakht Nasrabadi et al. (2021) stellen dat morele stress een gevolg is van discrepanties tussen de behoefte van de cliënt, diens naasten en wetgeving. Uit het empirisch onderzoek blijkt de voornaamste reden van het ervaren van morele stress een kapot systeem, waardoor er veel beperkingen zijn in het verlenen van zorg. Anne en Diane, de meer uitvoerende medewerkers, ervaren met name dat er door wet- en

regelgeving te weinig tijd is om te zorgen met aandacht. Daarnaast signaleren zij vaak dat de zorgbehoefte zich ook deels op het sociale vlak bevindt en niet alleen lichamelijke zorg betreft. Sociale zorg valt echter niet onder het domein van de wijkverpleging. Bo en Claire, de wijkverpleegkundigen en Emma, de casemanager dementie hebben een iets andere rol en ervaren met name morele stress wanneer zij vastlopen in het organiseren van de zorg. Ook hierin sluit het aan bij de bevindingen van Nikbakht Nasrabadi et al. (2021), die stellen dat de verpleegkundigen verantwoordelijk worden gemaakt voor het maken van keuzes in moreel lastige situaties, wat zorgt voor morele kwetsbaarheid voor deze verpleegkundigen.

Een andere oorzaak van morele stress wat uit het empirisch onderzoek naar voren komt is het ervaren van weinig invloed. De respondenten gebruiken geregeld de term 'met de rug tegen de muur', waarmee zij erop doelen dat zij weten wat het juiste is maar geen of weinig invloed hebben om hier uitvoering aan te geven. Riedel et al. (2022) noemt ook het hebben van weinig invloed als morele stressor. Morley et al. (2017) noemt institutionele beperkingen als oorzaak van morele stress, wat overeenkomt met de beperkingen die de respondenten in het empirisch onderzoek ervaren. Daarnaast noemt Morley et al. (2017) interne beperkingen als twijfels over de morele oordeelsvorming als oorzaak van morele stress. Uit het empirisch onderzoek komt dit niet in die mate naar voren, gezien de respondenten met relatief veel zekerheid spreken over hun eigen morele oordeelsvorming.

Uitingen van morele stress

Zoals eerder beschreven zijn er in de theorie verschillende uitingen van morele stress genoemd en vanuit de literatuur is geen eenduidig beeld of dit alleen psychologische reacties betreft of ook kan leiden tot emotioneel en lichamelijk leiden (Morley et al., 2017; Oh & Gastmans, 2015; Lerkiatbundit & Borry, 2009). In de interviews met de respondenten worden met name emoties benoemt, zoals frustratie, boosheid, angst, een opgefokt gevoel, verdriet en een gevoel van onmacht. Met name het gevoel van onmacht is groot en wordt door vrijwel alle respondenten benoemd. De mate waarin de klachten optreden zijn verschillend, zo lijkt Claire zich makkelijker bij de situatie neer te leggen waardoor zij minder morele stress ervaart dan de strijdlustige Bo en Emma. Lerkiatbundit & Borry (2009) stellen dat morele stress ook kan leiden tot fysieke klachten, maar dat wordt in de empirische data niet teruggezien.

Gevolgen van morele stress

Uit de empirische data komt naar voren dat het ervaren van morele stress voornamelijk gevolgen heeft voor het ervaren van voldoening en werkplezier. Zo vertelt Bo een haat-liefde verhouding te hebben met de zorg. Ze vindt uitdaging en werkgeluk in het organiseren van de zorg op een manier die past bij de behoefte van de cliënt, maar op het moment dat dit niet lukt ervaart ze morele stress en heeft dit een negatieve invloed op het ervaren van voldoening in werkgeluk. Diane overweegt soms zelfs om te stoppen met haar werk. Dit sluit aan bij de gevolgen van morele stress die Nikbakht Nasrabadi et al. (2021) en Oh en Gastmans (2015) omschrijven.

Uit de theorie komt ook naar voren dat morele stress kan leiden tot kwalitatief slechte zorg voor de cliënten en kan leiden tot het verergeren van het lijden van patiënten (Lerkiatbundit & Borry, 2009). Dit is niet herkenbaar in de empirische data, omdat de zorgverleners steeds

blijven zoeken naar mogelijkheden en zoveel mogelijk proberen te compenseren. Zo probeert Anne wat te schuiven in haar routes, waardoor ze de ene keer wat meer tijd heeft voor de ene cliënt en de andere keer voor de ander. Ook laat ze haar pauze erbij in schieten om toch even tijd te hebben voor het sociale stukje van de zorg. Bij Bo en Emma zet de morele stress zich geregeld om in een soort van strijdlust, waardoor ze juist blijven proberen het goede te doen voor de cliënt.

Uit de onderzoeken van Oh en Gastmans (2015) en Lerkiatbundit en Borry (2009) komt ook naar voren dat morele stress kan leiden tot het verlies van het vermogen om goede zorg te geven, waarbij de voorbeelden van distantiëren en afstand zoeken worden genoemd. Claire geeft aan wat meer afstand te nemen en ook in de manier waarop ze praat over cliënten en het onvermogen om de dingen op een goede manier te organiseren is soms een bepaalde hardheid merkbaar: *'Ik merk wel dat ik daar nu makkelijker mee om ga dan eerder. Nu denk ik van ja, het kan dan niet. En nou ja, dan moeten mensen het maar voelen'*. Wanneer dit met de theorie vergeleken wordt, zou dit een vorm van distantiëren kunnen zijn als gevolg van het ervaren van morele stress. Het lijkt voor Claire ook een manier om morele stress te voorkomen. Bij de andere respondenten is het niet in deze vorm zichtbaar.

5.3 Zingeving

In de theoretische verkenning is onderzocht wat zingeving is en hoe zorgverleners zin ervaren. Van der Leer (2020) deed onderzoek naar zingeving bij zorgverleners in de ouderenzorg, maar dan gericht op het verpleeghuis. Ondanks het verschil van zorgsetting, zijn er veel overeenkomsten met de uitkomsten van het empirisch onderzoek onder wijkzorgverleners.

Zorgen voor de ander

Het eerste thema uit het onderzoek van Van der Leer (2020) is het willen zorgen voor de ander. Dit raakt ook aan de empirische bevinding, die in dit onderzoek omschreven is als 'van betekenis zijn voor de ander'. Dit heeft raakvlakken, maar is echter niet exact hetzelfde. Ook van der Leer (2020) benoemt van betekenis zijn als onderdeel van het willen zorgen voor de ander, maar het willen zorgen voor omvat meer dan alleen het van betekenis willen zijn. Zo beschrijft hij dat het zorgen voor de ander een levenshouding is, wat ook terug te zien is bij de respondenten in dit onderzoek. Al vroeg kozen zij bewust voor de zorg, omdat ze een zorgzaam karakter hebben zoals Emma, omdat ze graag voor een ander klaarstaan zoals Anne. Deze zorgende houding zien zij, net als de respondenten in het onderzoek van Van der Leer (2020) terug in hun werk en in hun privéleven. Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Van der Leer (2020) dat kunnen inleven in de ander en weten wat iemand blij maakt of wat iemand nodig heeft en daarop inspelen ook onderdeel uitmaken van het willen zorgen voor de ander. De respondenten in dit onderzoek benoemden dit veelvuldig als onderdelen van goede zorg, dus op die manier is het ook verbonden aan het van betekenis willen zijn voor de ander.

Voldoening ervaren

Het zorgen voor de ander geeft een goed gevoel en geeft voldoening. Volgens Anne is zorgen voor de ander dus ook eigenbelang, omdat het haar voldoening geeft. Van der Leer (2020, pp. 167-172) onderscheid binnen het ervaren van voldoening drie deelthema's: genieten van vooruitgang, dankbaarheid ontvangen en beroepstrots. Deze drie onderwerpen komen in de

empirische data in dit onderzoek niet sterk naar voren. Het ontvangen van dankbaarheid wordt zijdelings wel genoemd, maar is niet het belangrijkste in het ervaren van voldoening in het werk. Anne geeft aan voldoening te ervaren wanneer zij een positieve reactie krijgt van een cliënt, wat niet persé hoeft in de vorm van dankbaarheid maar bijvoorbeeld een glimlach of een betekenisvol moment samen. Claire, Emma en Bo geven aan voldoening te ervaren wanneer het, ondanks alle beperkingen, toch lukt om goede zorg te organiseren. Bo geeft aan dat het puzzelen, het zoeken naar de beste oplossing, haar voldoening geeft.

Gezamenlijkheid

In beide onderzoeken, dat van Van der Leer (2020) en het empirisch deel van dit onderzoek komt het belang van samenwerking en het gevoel van gezamenlijkheid aan de orde. Ook hierin is weer een verschil zichtbaar in de manier waarop die gezamenlijkheid ervaren wordt en van belang is. Het is waarschijnlijk dat de setting hier ook van invloed op is. In het verpleeghuis werken de medewerkers continu samen om de cliënten de juiste zorg te kunnen geven. Zij komen elkaar tegen, helpen elkaar en dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de zorg. In de wijkverpleging is dit anders, omdat de medewerkers hier heel zelfstandig zijn. Ze werken zelf een route en hebben niet dagelijks contact met collega's. Ook dragen zij de verantwoordelijkheid voor de cliëntenzorg tijdens hun route alleen. Toch is zowel in de wijkverpleging als in het verpleeghuis gezamenlijkheid en samenwerking nodig om goede zorg te kunnen geven. Van der Leer (2020) is het van belang dat collega's op elkaar inspelen, er humor en werkplezier is en het soms voor komt dat teams niet op één lijn zitten. Dit laatste ervoer Claire onlangs ook, toen een deel van het team vond dat in een specifieke casus de palliatief-terminale zorg wel thuis gegeven kon worden en een ander deel van het team van mening was dat deze zorg thuis niet meer mogelijk was. Doordat het team niet op een lijn zat, ervoer Claire een dilemma en twijfelde of zij de juiste keuze had gemaakt.

In het onderzoek van Van der Leer (2020) wordt in termen van samenwerking niet gesproken over samenwerking buiten de muren van het verpleeghuis. Ook hierin wijkt het af van hoe dit in de wijkverpleging ervaren wordt. Bo spreekt van eilandjes en door verbinding te maken met de andere eilandjes kan zorg goed georganiseerd worden, wat weer voldoening geeft aan de zorgmedewerkers.

Contextuele spanningsvelden

In het onderzoek van Van der Leer (2020, p. 158) komen drie verschillende contextuele spanningsvelden naar voren die van invloed zijn op het ervaren van zingeving in het werk. Het gaat hier om een spanningsveld tussen werkdruk en werkplezier, wat ook zichtbaar is in het empirisch onderzoek. Met name bij Diane en Anne vermindert het werkplezier en daarmee ook de zinervaring wanneer de werkdruk oploopt.

Een ander spanningsveld dat van der Leer noemt (2020, p. 158) is het spanningsveld tussen het samen zorgen en er alleen voor staan. Dit raakt onder andere aan de ervaringen van Bo en Emma over het organiseren van zorg binnen het zorgnetwerk in de regio. Wanneer er een gevoel van gezamenlijkheid wordt ervaren, lukt het beter om goede zorg te organiseren en draagt dit bij aan het ervaren van zingeving in het werk. Andersom werkt het eveneens:

wanneer er geen gezamenlijkheid wordt ervaren en het daardoor niet lukt om de juiste zorg te verlenen, werkt dit frustrerend en kan het leiden tot morele stress.

Het derde en laatste contextuele spanningsveld waar van der Leer (2020, p. 158) over schrijft is het spanningsveld tussen zorg voor anderen en zorgen voor zichzelf. Dit kwam eigenlijk alleen bij Anne naar voren, wanneer zij beschrijft dat ze soms haar pauze laat schieten om toch even tijd te maken voor een cliënt die dat op dat moment nodig heeft. Daarnaast kiest zij ook bewust voor een kleiner contract, zodat ze een goede werk-privé balans heeft. Dit draagt bij aan het minder ervaren van morele stress en meer zingeving in het werk.

5.4 Deelconclusie

Goede zorg, morele stress en zingeving zijn drie thema's die met elkaar verweven zijn en van invloed zijn op elkaar. Goede zorg is zorg waarin er aandacht is, waarin de zorg aangepast kan worden op de behoeften van de cliënt en die uitgevoerd wordt door medewerkers die daartoe bevoegd en bekwaam zijn. Goede zorg is ook zorg die vanuit gezamenlijkheid tot stand komt, zowel binnen een team als binnen een zorgorganisatie en daarbuiten. In goede zorg zit ook een stuk wederkerigheid, waarin voldoening wordt ervaren door het van betekenis zijn voor de ander.

Wanneer de waarden van goede zorg volgens de deelnemers in de knel komen, kan er morele stress ontstaan. Institutionele beperkingen liggen veelal aan de basis van het ontstaan van morele stress, omdat de institutionele beperkingen belemmeren dat zorg volledig aansluit op de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Deze institutionele beperkingen kunnen ook belemmerend werken voor het samenwerken, ervaren van gezamenlijkheid en het organiseren van de zorg wanneer er meer nodig is dan de thuiszorg kan doen.

Het ervaren van morele stress draagt bij aan het minder ervaren van voldoening, doordat er voor het gevoel geen goede zorg gegeven kan worden die aansluit bij de zorgbehoefte. Hierdoor heeft morele stress een negatieve invloed op het ervaren van zingeving in het werk.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: 'Wat is essentie van de geleefde ervaring van morele stress, zingeving en hun onderlinge relatie bij wijkzorgverleners en wat voor inzichten kunnen van hieruit worden ontwikkeld vanuit zorgethisch perspectief over goede zorg in een tijdperk waarin zorg marktgericht is vormgegeven?'. Dit wordt gevolgd door de aanbevelingen voor vervolgonderzoek en aanbevelingen voor de praktijk in de tweede paragraaf.

6.1 Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat goede zorg begint met aandacht. Aandacht in de vorm van tijd om even te praten, verdieping in de achtergrond van de cliënt en de ander het gevoel geven dat die ertoe doet. Door het hebben van aandacht wordt verhelderd waar de zorgbehoefte van de zorgvrager ligt en op welke manier daaraan tegemoet gekomen kan worden. Voor het geven van goede zorg is het essentieel dat de zorgverleners over de juiste competenties beschikken en zich bewust zijn van de manier waarop zij zorg verlenen en de mogelijke risico's en gevolgen van het handelen. Het proces van zorg verlenen wordt afgesloten met het ontvangen van zorg, waarbij de zorgverlener ook nagaat of er aan de zorgbehoefte is voldaan.

In het verlenen van goede zorg speelt wederkerigheid een grote rol. Deze wederkerigheid zit enerzijds in de reactie van de zorgontvanger en anderzijds in het gevoel wat het de zorgverleners geeft wanneer zij goede zorg konden organiseren en/of verlenen. Het organiseren en verlenen van goede zorg geeft zin aan het werk van de zorgverleners, omdat zij hiermee van betekenis kunnen zijn voor de ander waardoor zij zelfvoldoening kunnen ervaren. Deze voldoening ervaren zij zowel in het zelf verlenen van zorg als in het organiseren van zorg en zowel zelfstandig als in samenwerking met anderen. De volgende essentie van zingeving is geformuleerd:

'Zingeving in het werk wordt gevonden door het van betekenis zijn voor de ander, het organiseren en geven van goede zorg, zowel zelfstandig als in samenwerking met anderen, wat leidt tot het ervaren van voldoening in het werk'.

Het organiseren of geven van goede zorg is essentieel voor het ervaren van zingeving in het werk. Wanneer het niet mogelijk is om goede zorg te verlenen, kan morele stress ontstaan. Uit het onderzoek is de volgende essentie van morele stress naar voren gekomen:

'Morele stress treedt op wanneer men weet wat het goede is om te doen, maar het onmogelijk is om hiernaar te handelen, wat zich uit in negatieve emoties. De voornaamste oorzaak van morele stress die in dit onderzoek naar voren komt is een kapot zorgsysteem, dat zeer zakelijk is ingericht en zeer bureaucratisch is'.

De oorzaak van het ervaren van morele stress ligt dus voornamelijk in de wijze waarop het zorgsysteem is ingericht. Het is zakelijk en bureaucratisch, waardoor het verlenen van goede zorg soms zeer moeizaam gaat. De wijkverpleging is teruggebracht tot 'zorg met een geneeskundige achtergrond', het sociale stukje verdwijnt en er wordt continu gestuurd op het

besteden van minder tijd bij de cliënten. Hier zit echter ook een goede kant aan: er wordt gewerkt aan het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten waardoor zij minder afhankelijk worden van professionele zorg. Wanneer cliënten weer zelfstandiger worden, geeft dat ook voldoening en trots bij de zorgmedewerkers. Toch heerst vooral de ervaring dat het systeem doorslaat en het daardoor juist moeizaam en omslachtig wordt om zorg te kunnen organiseren, wat negatieve gevolgen heeft voor zowel de zorgvragers als de zorgverleners. Zorgverleners ervaren voornamelijk minder zingeving in het werk doordat zij minder voldoening ervaren. Ook de gezamenlijkheid, een belangrijk thema in het ervaren van zingeving, brengt minder zin met zich mee wanneer het samenwerken moeizaam gaat.

6.2 Aanbevelingen

Deze paragraaf bestaat uit aanbevelingen voor vervolgonderzoek en aanbevelingen voor de praktijk.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het onderzoek heeft weergegeven hoe een vijftal wijkzorgverleners morele stress, zingeving en hun onderlinge verhouding ervaren in het werken in de wijkverpleging. De steekproef is echter te klein om hier conclusies uit te kunnen trekken voor de wijkverpleging in zijn algemeenheid. Daarnaast betreft het een selectieve groep in een bepaald deel van het land, werkzaam bij dezelfde organisatie. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het onderzoek breder te trekken, de onderzoeksgroep groter en gevarieerder te maken om zo meer inzicht te krijgen en conclusies te kunnen trekken die op een grotere groep van toepassing zijn.

Een andere aanbeveling is om het onderzoek uit te breiden naar andere 'onderdelen' van het systeem, zoals medewerkers van het CIZ, zorgverzekeraars of beleidsmakers van de overheid. Ook zij maken deel uit van het systeem waarin geld de voornaamste drijfveer lijkt. Ook het cliëntperspectief op goede zorg in een tijdperk waarin zorg marktgericht is vormgegeven is wenselijk. Hoe ervaren zij aandacht, het aansluiten van de zorg op hun zorgbehoefte en wat krijgen zij mee van de morele stress en zingeving van zorgverleners?

Aanbevelingen voor de praktijk

De voornaamste aanbeveling voor de praktijk is het veranderen van het systeem. Repareer het kapotte systeem. Er kan nog zoveel tijd en moeite gestoken worden in ondersteuning bij morele dilemma's, morele stress en zingeving die ervaren wordt door zorgverleners, maar wanneer het systeem, de oorzaak van de ervaren problemen, niet verandert is het dweilen met de kraan open. Grote campagnes voor het werven van nieuwe zorgmedewerkers is niet zinvol wanneer de gepassioneerde, gedreven zorgmedewerkers die er al zijn de zorg verlaten omdat de manier waarop zij zorg moeten verlenen niet overeenkomt met hun ideeën van goede zorg. Luister naar de zorgverleners, waardeer en erken ze, laat ze meedenken in oplossingen, geef ze een stem en wees bovenal heel zuinig op ze. Zonder hen is de zorg verloren.

7. Kwaliteit van het onderzoek

Op verschillende manieren is gewerkt aan het verhogen van de kwaliteit van dit onderzoek. Dit heeft effect gehad op de betrouwbaarheid, geloofwaardigheid en overdraagbaarheid van dit onderzoek. In dit hoofdstuk is beschreven op welke manier gewerkt is aan het vergroten van de betrouwbaarheid, geloofwaardigheid en overdraagbaarheid en welke beperkingen het onderzoek daarin kent.

7.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek is afhankelijk van de mate waarin de normativiteit, kennis en ervaringen van de onderzoeker een rol spelen in het uitvoeren van het onderzoek (Van Wijngaarden, 2015). Voor het onderzoek is daarom getracht een open, fenomenologische attitude aan te nemen, wat betekent dat de onderzoeker heeft getracht om de eigen kennis, ervaringen en ideeën over de thema's in het onderzoek te identificeren en te beschrijven.

Gedurende het onderzoek is er door de onderzoeker een reflexief dagboek bijgehouden. Dit is passend bij de *reflective lifeworld approach*, de benadering die in dit onderzoek is gebruikt voor de data-analyse. Door middel van het toepassen van *bridling* is getracht de eigen opvattingen, ervaringen en verklaringen rondom deze ervaringen te beschrijven en daarop te reflecteren, zodat de invloed van deze eigen opvattingen en verklaringen op het gehele onderzoek beperkt wordt (Van der Meide, 2014). In de vierde bijlage zijn enkele fragmenten van dit reflexief dagboek opgenomen.

Een beperking in het onderzoek is het zelfstandig uitvoeren van het onderzoek, waardoor wellicht minder eigen veronderstellingen en ervaringen zijn geïdentificeerd dan wanneer dit proces met meerdere onderzoekers binnen hetzelfde onderzoek doorlopen is. Door overleg met onder andere medestudenten en collega's is getracht toch zo open mogelijk het onderzoek te doorlopen.

7.2 Geloofwaardigheid

Aan het vergroten van de geloofwaardigheid is gewerkt door het schrijven van samenvattende portretten. Deze portretten zijn tot stand gekomen aan de hand van de transcripten van de interviews en de observaties van de onderzoeker, waarna deze informatie is omgezet in een portret. De portretten zijn vervolgens gedeeld met de respondenten, met de vraag of zij zich herkennen in de portretten, de interpretaties kloppend zijn en zij akkoord gaan met de inhoud. Er is bewust gekozen voor het niet volledig delen van de transcripten met de respondenten, gezien de omvang van de transcripten en omdat er nog geen vorm van interpretatie in deze transcripten aanwezig is. Alle respondenten gaven aan zich zeer te herkennen in de interviews en volledig achter hetgeen zij met de onderzoeker hebben gedeeld te staan.

In de analyse en het beschrijven van de resultaten is getracht om zo dicht mogelijk bij de originele data te blijven. Dat is dan ook de reden waarom veelvuldig letterlijke citaten opgenomen zijn in het vierde hoofdstuk.

Ook in de geloofwaardigheid zijn echter beperkingen, omdat de *member check* slechts door middel van een portret heeft plaatsgevonden. Idealiter had er een vervolgesprek of eventueel

een groepsgesprek plaatsgevonden. Dit was echter gezien de tijd, zowel van de onderzoeker als van de deelnemers, niet haalbaar. Er is wel met de deelnemers afgesproken dat wanneer zij zich niet in het portret herkenden, er ruimte was om hierover in gesprek te gaan. Dit bleek niet nodig. Ook over de geloofwaardigheid is het zelfstandig uitvoeren van het onderzoek een beperking. Hierdoor heeft er geen data-triangulatie plaats kunnen vinden.

7.3 Overdraagbaarheid

Het onderzoek betreft een specifieke groep medewerkers, namelijk wijkzorgverleners met verschillende functies, die allen werkzaam zijn bij dezelfde organisatie in Groningen. Dit beperkt de overdraagbaarheid van de resultaten, evenals de omvang van het onderzoek de generaliseerbaarheid en overdraagbaarheid beperkt. Juist door het selecteren van deelnemers met een verschillende functie binnen de wijkverpleging is getracht de fenomenen rijk te kunnen beschrijven, maar dit beperkt dus wel generaliseerbaarheid. Door een introductie van deze medewerkers en hun rollen is getracht een zekere mate van herkenbaar te creëren voor bijvoorbeeld wijkzorgverleners van andere organisaties.

Literatuur

- Ando, M., & Kawano, M. (2018). Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 25(5), 571- 579.
<https://doi.org/10.1177/0969733016660882>
- Atabay, G., Çangarli, B. G., & Penbek, Ş. (2015). Impact of ethical climate on moral distress revisited. *Nursing Ethics*, 22(1), 103-116. <https://doi.org/10.1177/0969733014542674>
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage.
- Dahlberg, H., & Dahlberg, K. (2019). Open and Reflective Lifeworld Research: A Third Way. *Qualitative Inquiry*, 26(5), 458-464. <https://doi.org/10.1177/1077800419836696>
- Engster, D. (2007). *The heart of justice: care ethics and political theory*. Oxford University Press.
- Engster, D. (2022). Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care. *Hypathia*, 20(3), 50-74. <https://doi.org/10.1353/hyp.2005.0102>
- Feder-Kittay, E. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*. Routledge.
- Ganti, T. (2014). Neoliberalism. *Annual Review of Anthropology*, 43, 89-104.
<https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092412-155528>
- Gilligan, C. (1977). Reprint: In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality. *Harvard Educational Review*, 47(4), 55-91.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality*. Harvard University Press.
- Heijst, A. v. (2005). *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement.
- Heijst, A. v. (2008). *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Uitgeverij Klement.
- Janssen, R. T. J. M. (2022). Governance in de zorg en het fenomeen van onzekerheid. *Goed Bestuur & Toezicht*, 4, 12-19.
- Johnson, C., & Parry, D. (2015). *Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry: A Methodological Guide*. Routledge.
- Lee, S. (2015). A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing. *Jan*, 71(10), 2258-2267. <https://doi.org/10.1111/jan.12695>
- Leer, N. v. d. (2020). *Zinnvolle zorg in het verpleeghuis*. KokBoekencentrum Uitgevers.
- Leeuwen, R. van, Leget, C. & Vosselman, M. (2020). *Zingeving in zorg en welzijn*. Boom.

- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
<https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Lerkiatbundit, S. & Borry, P. (2009). Moral Distress Part I: Critical Literature Review on Definition, Magnitude, Antecedents and Consequences. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 1(1), 3-10.
- Lorey, I. (2012). *State of Insecurity: Government of the Precarious*. Verso.
- Meide, H. v. d. (2014). Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering. *KWALON*, 19(3), 68-71. <https://doi.org/10.5117/2014.019.003.068>
- Miller, S. C. (2021). *Neoliberalism, Moral Precarity and the Crisis of Care*. University of Minnesota Press
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2017). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646-662.
<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
- Nikbakht Nasrabadi, A., Wibisono, A. H., Allen, K., Yaghoobzadeh, A., & Bit-Lian, Y. (2021). Exploring the experiences of nurses' moral distress in long-term care of older adults: a phenomenological study. *BMC Nursing*, 20(156).
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00675-3>
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
- Riedel, P., Kreh, A., Kulcar, V., Lieber, A., & Juen, B. (2022). A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1666. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031666>
- Sander-Staudt, M. (2011). Care Ethics. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. Verkregen op 27 februari 2024 van: <https://iep.utm.edu/care-ethics/>
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York University Press.
- Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 20, 456-476. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9766-1>
- Wijngaarden, E. van (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen: deel II van een tweeluik. *Kwalon*, 20(1), 34-30.

Bijlage 1: Informatiebrief

Informatie voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

‘Als goede zorg onbetaalbaar wordt’

Zorgethisch onderzoek naar morele stress, zingeving en hun onderlinge relatie bij wijkzorgverleners.

Inleiding

Geachte deelnemer,

Met deze informatiebrief willen we u vragen of u wilt meedoen aan wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. U leest hier om wat voor onderzoek het gaat, wat het voor u betekent, en wat de voordelen en nadelen zijn. Wilt u de informatie doorlezen en beslissen of u wilt meedoen? Als u wilt meedoen, kunt u het formulier invullen dat u vindt in bijlage 1.

Stel uw vragen

U kunt uw beslissing nemen met de informatie die u in deze informatiebrief vindt. Daarnaast raden we u aan om op de website van de UvH de [veelgestelde vragen van deelnemers aan onderzoek](#) te lezen.

1. Algemene informatie

Dit onderzoek is goedgekeurd door de zogenoemde Ethische Commissie van de Universiteit voor Humanistiek. Een ethische commissie toetst of u als deelnemer juist wordt behandeld, of u de juiste informatie ontvangt en of er goed met uw gegevens wordt omgegaan. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Universiteit voor Humanistiek en mede mogelijk gemaakt door Zonnehuisgroep Noord.

2. Wat is het doel van het onderzoek?

Aanleiding

In de afgelopen jaren zijn er veel veranderingen geweest in de ouderenzorg, vooral in de wijkverpleging. Dit heeft geleid tot een verschuiving naar meer zelfstandigheid voor cliënten en meer nadruk op eigen regie en zelfredzaamheid. Deze veranderingen hebben invloed gehad op de manier waarop zorgverleners hun werk ervaren, wat kan leiden tot morele stress.

Door veranderingen in wet- en regelgeving en de groeiende invloed van zorgverzekeraars, ervaren zorgverleners meer druk en beperkingen in het verlenen van zorg. Dit kan leiden tot emotionele uitputting en een verminderde ervaring van voldoening in het werk.

Onderzoek heeft aangetoond dat er verschillende oorzaken zijn voor het ervaren van morele stress bij zorgverleners. Ook kan een gebrek aan zingeving in het werk leiden tot een verminderde motivatie en voldoening.

Onderzoeksvraag:

De hoofdvraag van het onderzoek is gericht op het begrijpen van de ervaringen van morele stress en zingeving in het werk van wijkzorgverleners en hoe deze zich tot elkaar verhouden.

Doelstelling:

Het doel van het onderzoek is het begrijpen van de ervaringen van morele stress en zingeving van wijkzorgverleners. Daarnaast wordt met het onderzoek geprobeerd bewustwording te creëren over of/hoe de eerdergenoemde veranderingen de wijkzorgverleners beïnvloeden.

3. Hoe verloopt het onderzoek?

U bent benaderd door Mirthe Raske, de student/onderzoeker.

De onderzoeker verzamel gegevens over uw ervaringen met morele stress, door u eenmalig te interviewen. Dit interview wordt opgenomen. De informatie die u in het interview geeft wordt gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Na het analyseren van de informatie wordt per mail aan u gevraagd of de conclusies juist zijn.

4. Welke afspraken maken we met u?

We willen graag dat het onderzoek goed verloopt. Daarom maken we de volgende afspraken met u:

- U neemt deel aan het gesprek en beantwoordt eenmalig een e-mail.
- U neemt contact op met de onderzoeker in deze situaties:
 - U wilt niet meer meedoen met het onderzoek.
 - Uw telefoonnummer, adres of e-mailadres verandert.

5. Wanneer stopt het onderzoek?

- a. U wilt zelf stoppen met het onderzoek. Dat mag op ieder moment. Meld dit dan meteen bij de onderzoeker. U hoeft er niet bij te vertellen waarom u stopt.
- b. Het onderzoek stopt om andere redenen
- c. Het onderzoek is afgerond

Wat gebeurt er als u stopt met het onderzoek?

De onderzoeker gebruikt de gegevens die tot het moment van stoppen zijn verzameld.

6. Wat doen we met uw gegevens?

Doet u mee met het onderzoek? Dan geeft u ook toestemming om uw gegevens te verzamelen, gebruiken en bewaren.

Welke gegevens vragen we aan u?

Algemene gegevens: uw naam, e-mailadres, functie en werklocatie.

Daarnaast verzamelen we de inhoudelijke gegevens in het interview.

Waarom verzamelen, gebruiken en bewaren we uw gegevens

We verzamelen, gebruiken en bewaren uw gegevens om de vragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. En om de resultaten te kunnen publiceren.

Hoe beschermen we uw privacy?

Om uw privacy te beschermen geven wij uw naam een code. Als we uw gegevens verwerken, gebruiken we steeds alleen die code. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek kan niemand terughalen dat het over u ging. Namenlijsten worden tijdens het onderzoek op een beveiligde locatie bewaard.

Wie kunnen uw gegevens zien?

Alleen de onderzoeker kan de gegevens en de code zien en zodoende de naam aan de gegevens koppelen. In uitzonderlijke gevallen kan de begeleider, Prof. Dr. Carlo Leget, de gegevens inzien.

Hoelang bewaren we uw persoonsgegevens?

We bewaren uw contactgegevens gedurende de uitvoering en publicatie van het onderzoek. Daarna wordt deze vernietigd, tenzij u expliciet toestemming heeft gegeven om bijvoorbeeld uw naam openbaar te maken. Na vernietiging van de contactgegevens kan niet meer achterhaald worden welke onderzoeksgegevens bij welke deelnemer hoorde. Om aan te kunnen tonen dat er daadwerkelijk personen aan het onderzoek hebben deelgenomen worden toestemmingsformulieren digitaal bewaard op een veilige locatie gedurende **maximaal** 10 jaar. Deze zijn enkel voor de onderzoeker toegankelijk.

Hergebruik van onderzoeksgegevens

Onderzoeksgegevens zijn niet herleidbaar naar uw persoon en kunnen worden gedeeld met andere onderzoekers voor vervolgonderzoek, dan wel onderzoek in hetzelfde werkveld of voor onderwijsdoeleinden.

Wilt u meer weten over uw privacy?

- Wilt u meer weten over uw rechten bij de verwerking van persoonsgegevens? Lees dan de [Privacy Verklaring voor onderzoek](#) van de UvH.
- Heeft u vragen over uw rechten? Of heeft u een klacht over de verwerking van uw persoonsgegevens? Neem dan contact op met degene die verantwoordelijk is voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Voor uw onderzoek is dat:
Mirthe Raske

7. Heeft u vragen?

Vragen over het onderzoek kunt u stellen aan Mirthe Raske

8. Hoe geeft u toestemming voor het onderzoek?

U vertelt de onderzoeker of u de informatie begrijpt en of u wel of niet wilt meedoen. Wilt u meedoen? Dan vult u het toestemmingsformulier in dat u bij deze informatiebrief vindt. U en de onderzoeker krijgen allebei een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

9. Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens

Onderzoeker:

Naam onderzoeker: Mirthe Raske

Telefoonnummer: 0639724325

E-mailadres: m.raske@zonnehuisgroepnoord.nl

Respondent:

Naam respondent:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Bijlage B: Toestemmingsformulier deelnemer

Titel van het onderzoek: Als goede zorg onbetaalbaar wordt

Leest u a.u.b. de tekst en vink vervolgens elk hokje aan!

Voor de deelnemer:

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn goed genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen met het onderzoek. Of om ermee te stoppen. Ik hoef dan niet te zeggen waarom ik wil stoppen.
- Ik geef de onderzoekers toestemming om mijn gegevens te verzamelen en te gebruiken. De onderzoekers doen dit alleen om de onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden.
- Ik begrijp dat de verzamelde onderzoeksgegevens worden hergebruikt voor vervolgonderzoek dan wel onderzoek in hetzelfde werkveld of onderwijs. Deze gegevens zijn niet herleidbaar naar mij.
- Ik weet dat voor de uitvoering van het onderzoek sommige mensen al mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in deze informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor deze controle.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Mijn naam is (deelnemer):

Handtekening:

Datum : __/ __/ __

Voor de onderzoeker

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __/ __/ __

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een versie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 2: Interviewgide

Inleiding

Onderzoek naar morele stress en zingeving en hun onderlinge verhouding. Aanleiding: persoonlijke ervaringen, geluiden om mij heen van andere zorgverleners, veranderingen in de zorg. Willen begrijpen wat morele stress is voor de respondenten en hoe zij dit ervaren. Daarnaast op zoek naar zingeving in werk: wat betekent jouw werk en op welke manier geeft dit zin aan je leven? En hoe verhoudt zich dit tot morele stress?

Deel 1: Goede zorg

- Wat is in jouw ogen goede zorg? Wat maakt zorg goede zorg? Voorbeeld?
- Hoe zie jij jezelf als zorgverlener? Waarom voor dit vak gekozen?
- Wat vind je belangrijk in je werk? Wie wil jij zijn voor jouw cliënten? En voor je collega's? Lukt dat ook altijd?

Deel 2: Zingeving

- Wat is zingeving voor jou?
- Op welke manier ervaar je zingeving in je werk? Wat maakt het voor jou de moeite waard?

Deel 3: Morele stress

- Zijn er soms situaties waarin je geen goede zorg kan geven? Of niet kan doen waarvan je denkt dat de cliënt het nodig heeft? Waar komt dat door? Voorbeeld?
- Wat doe je in zo'n situatie?
- Wat doet zo'n situatie met jou? Welke gevoelens en emoties brengt het met zich mee?
- Associatiekaarten: kan je, met deze situaties in gedachten, een of enkele kaarten pakken die je aanspreken? Waarom deze?
- Hoe ga je met deze gevoelens om? Bespreek je dit met anderen? Kan je dit goed verwerken?
- Ervaren anderen om je heen, bijvoorbeeld in je team, dit ook?
- Brengt het je ook iets, die morele stress?
- Is er voor jou een relatie tussen morele stress en zingeving in je werk?

Deel 4: afsluiting

- Wil je nog wat kwijt, aanvullen of misschien herzien?
- Vervolg:
 - Meerdere interviews
 - Interviews woordelijk uittypen. Anoniem, alleengebruik van code en door anderen niet inzichtelijk (behalve begeleider) sleuteldocument die namen aan codes koppelt.
 - Analyseren: wat vertelden respondenten, hoe verhoudt zich dit tot de thema's goede zorg, zingeving en morele stress, hoe verhoudt zich dit tot elkaar
 - Resultaten per respondent: trek ik de juiste conclusies? Mail!
 - Beschrijven resultaten: essentie van morele stress en zingeving

Bijlage 3: Voorbeeld portret - Anne

Anne werkt al jaren in de wijkverpleging. Ze is in het ziekenhuis opgeleid tot verpleegkundige en heeft hier enkele jaren gewerkt. Haar baan in het ziekenhuis en het moederschap waren niet goed te combineren, dus na een tijd thuis te zijn geweest maakte zij de overstap naar parttime in de wijk. In de loop der jaren heeft ze veel meegemaakt in haar werk: fusies, veranderende wet- en regelgeving, de overgang naar zelfredzaamheid en dergelijke. Ze geniet van haar werk, haalt er veel voldoening uit en vindt het fijn om zelf op pad te zijn. Wel mist ze haar collega's, het werken in de wijk is solitair.

Goede zorg is in Annes ogen zorg waarbij je oprechte aandacht hebt voor de ander, waarbij er sprake is van erkenning, en goede zorg sluit aan bij de behoeften van anderen. Soms is de behoefte aan een goed gesprek veel groter dan dat waar je eigenlijk voor komt en daar wringt de schoen voor Anne. Tijd is nodig om goede zorg te kunnen geven. Vroeger mocht je veel meer en waren ook de indicaties ruimer. Ondanks dat de zorg nu heel gericht gegeven wordt zoals omschreven in het zorgplan, doet Anne ontzettend haar best om toch goede zorg te blijven geven en echt even aandacht te hebben voor iedereen. Wanneer ze meer tijd bij een cliënt besteed, gaat dat ten koste aan de tijd die ze bij volgende cliënten heeft. Dit probeert ze in een volgende dienst weer te compenseren. Dit lukt haar aardig, waardoor ze het werk echt leuk blijft vinden en het haar voldoening geeft. Wel schiet met regelmaat haar pauze erbij in, maar daar heeft Anne weinig last van. Toch komt het ook geregeld voor dat ze het gevoel heeft dat ze cliënten tekortdoet, bijvoorbeeld wanneer ze dagen achtereen veel uitloopt bij een cliënt en daardoor veel later bij andere cliënten is. Dit zorgt voor frustratie en geeft haar een onrustig gevoel. Meestal kan Anne dit gevoel wel naast zich neerleggen, wanneer ze zelf het idee heeft dat ze er alles aan heeft gedaan om aan ieders behoefte tegemoet te komen. Wanneer dit langere tijd niet lukt, zorgt het voor minder werkplezier en minder voldoening in het werk. Dan bespreekt Anne dit met collega's.

Anne vindt zin in haar werk en privéleven door iets voor een ander te kunnen doen. Ze hoopt dat mensen haar zich later zullen herinneren om de aandacht die ze voor eenieder had en het luisterend oor dat ze bood, niet om haar praktische vaardigheden als verpleegkundige. Ook privé zorgt ze graag voor anderen. Voor haar gezin, voor een ouder, als vrijwilliger. Liefde, compassie en betrokkenheid zijn haar belangrijkste drijfveren, zowel in haar werk als privé.

Bijlage 4: fragmenten uit reflexief dagboek

27 mei – objectief blijven

In het hele onderzoek al, en dus ook in de interviews, merk ik dat ik het moeilijk vind om objectief te verwoorden wat het probleem is. Want het voelt niet objectief, want het is niet objectief. Het komt voort uit mijn eigen zorg over hoe de zorg is georganiseerd, hoe de maatschappij omgaat met zorg en hoe we dat bij de zorgbehoevenden zien. Toch begint het zorgethisch onderzoek juist met een probleem, met een 'concern', dus ook met iets wat mij persoonlijk raakt, waar ik mij zorgen om maak of wat mij interesseert...

In de interviews merk ik dat het soms lastig is om echt heel objectieve vragen te stellen en kan het soms zijn dat ik wat te sturend ben geweest. Ik probeer hier steeds op te reflecteren, dit los te laten en vast te houden aan mijn interview guide. Maar als mensen vertellen over de situaties waar ze tegenaan lopen, moet ik echt moeite doen om dit niet te benoemen. Na een van de interviews heb ik het gecheckt bij een respondent, zij heeft mij niet als sturend ervaren en vond het een prettig gesprek.

8 juni - coderen

In het coderen worstel ik wat met de sensitizing concepts. Met welke achtergrondgedachten kijk ik naar de empirische data? Ik probeer, mede door het gebruik van het kernwaardenspel, echt achter de waarden van de respondenten te komen. Ik vind het lastig om mijn eigen ideeën van goede zorg echt aan de kant te zetten. Dit merk ik bijvoorbeeld bij een van de respondenten, waar ik mij niet herken en waar ik persoonlijk ook niet mee op een lijn zit. Door het coderen en het door elkaar lezen zonder de context te verliezen, probeer ik los te komen van mijn eigen waarden.

20 juni – terug naar de ruwe data

Waar ik afgelopen week al druk bezig was met het beschrijven van de resultaten, ben ik nu toch weer terug naar de tekentafel gegaan. Weer opnieuw naar de data luisteren, de transcripten lezen en schuiven met de coderingen. Ik had het gevoel dat ik de essentie net niet lekker te pakken had. Het opnieuw lezen en luisteren brengen weer andere zaken onder de aandacht en daarmee verschuift toch net het accent. Het schuiven met codes helpt daarbij ook. Langzaam begint alles zich te vormen tot een mooi geheel.

Eenzijds zijn de verschillende rollen van de respondenten belemmerend in het beschrijven van de essentie, omdat zij de accenten verschillend leggen. Anderzijds is het ook echt bijzonder om te zien hoe zij, elk vanuit een eigen perspectief en vanuit hun eigen rol en oogpunt toch weer bij dezelfde problemen uitkomen die zij allen op een andere manier beleven.