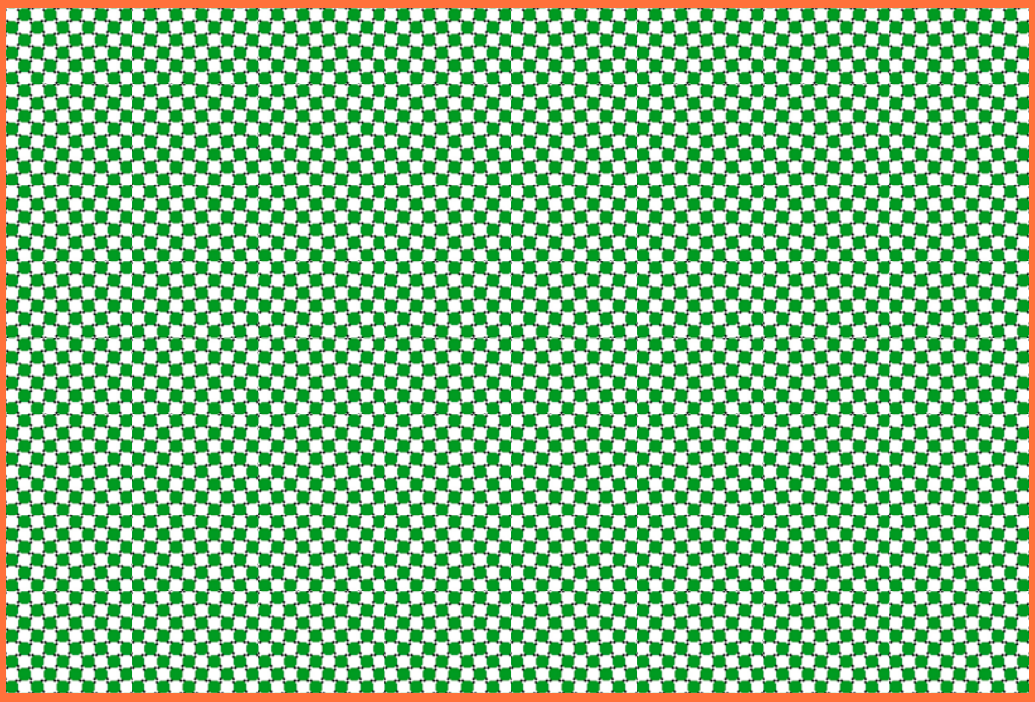
DYNAMIEKEN VAN EEN GEDWONGEN 'HUWELIJK'

EEN ZORGETHISCH ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN BELICHAAMDE ERVARINGSKENNIS OP DE VERBINDING TUSSEN PRAKTIJK EN BELEID IN EEN GGZ INSTELLING



MASTERTHESIS

UNIVERSITEIT VOOR HUMANISTIEK

ZORGETHIEK EN BELEID 2016/2017

MARJOLEIN TOPS

Dynamieken van een gedwongen ‘huwelijk’.

Een zorgethisch onderzoek naar de invloed van belichaamde ervaringskennis op de verbinding tussen praktijk en beleid in een GGZ-instelling.

Marjolein Tops
Masterthesis Zorgethiek en Beleid
Universiteit voor Humanistiek
marjoleintops@outlook.com
’s-Hertogenbosch, 10 juni 2017

Eerste begeleider: dr. I. van Nistelrooij
Tweede begeleider: dr. M. Visse
Examinator: prof. dr. C. Leget

“Verticale en horizontale lijnen zijn de uitdrukking van twee tegengestelde krachten; deze bestaan overal en beheersen alles; hun wederkerige actie vormt ‘leven’.”

Piet Mondriaan

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD **7**

SAMENVATTING **8**

HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING **9**

1.1 AANLEIDING 9

1.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE 9

1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE 11

1.4 VRAAGSTELLING 12

1.5 DOELSTELLINGEN 12

1.6 LEESWIJZER 13

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER **14**

2.1 CONCEPTUELE VERKENNING 14

Prevalentie ethische reflectie *14*

Van ethische reflectie naar zorgethische reflectie *14*

Zorgethische reflectie in de context van toenemende bureaucratisering van organisaties *15*

Morele gemeenschap *16*

Caring Institution *16*

Complexiteit en onzekerheid *17*

Radicale relationaliteit *17*

Relationaliteit *17*

Lichamelijkheid *18*

2.2 CONCLUSIE 18

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSMETHODE **19**

3.1 ONDERZOEKSBENADERING 19

3.2 ONDERZOEKSMETHODE 19

3.3 CASUSDEFINITIE 20

3.4 DATAVERZAMELING 20

3.5 DATA-ANALYSE 21

3.6 SENSITIZING CONCEPTS 21

3.7 ETHISCHE OVERWEGINGEN 22

HOOFDSTUK 4 EMPIRISCHE BEVINDINGEN **23**

4.1 DIGITALE STURING 23
Passend FACT-beleid *24*
Externe sturing FACT-model *24*
Gebrekkige digitale facilitering *25*
Digitale sturing productienorm *25*
Dwingende invloed van whatsapp en email op bewegingen van zorgverleners *26*
Ongebruikt organisatiebeleid *27*
4.2 BEDEKTE ERVARINGSKENNIS 27
Bedekte belichaamde ervaringskennis *28*
Onbenutte ervaringskennis voor het team *28*
Onbenutte ervaringskennis voor beleidsvorming *29*
4.3 ROUTINEUZE RELATIES 30
Belemmerende patronen in het team *30*
Top-down communicatie door de organisatie *31*
4.4 KWETSBARE LOYALITEIT 31
Complexe verdeling van verantwoordelijkheden *32*
Voorrang door loyaliteit *33*
Permeabele grenzen *34*
4.5 CONCLUSIE 34
HOOFDSTUK 5 ZORGETHISCHE REFLECTIE 36
5.1 VAN BELEID NAAR PRAKTIJK 36
Caring institution *36*
Radicale relationaliteit *36*
Relationaliteit *37*
Afhankelijkheid en kwetsbaarheid *37*
Organisatie ethische reflectie *38*
5.2 VAN PRAKTIJK NAAR BELEID 38
Relationaliteit *39*
Lichamelijkheid *39*
Morele gemeenschap *40*
5.3 TUSSEN PRAKTIJK EN BELEID 40
Complexiteit en onzekerheid *41*
Relationele verantwoordelijkheid *41*

Zelfopoffering *42*
Lichamelijkheid *42*
5.4 CONCLUSIE 43
HOOFDSTUK 6 DISCUSSIE 46
6.1 GARANDEERT BUREAUCRATIE ZEKERHEID? 46
6.2 DE CONCRETE ZORGPRAKTIJK 47
6.3 HOE DAN? 48
6.4 CONCLUSIE 49
HOOFDSTUK 7 CONCLUSIE 50
HOOFDSTUK 8 KWALITEIT 53
Vooraf gepland *53*
Belemmerende aspecten voor de kwaliteit *53*
Bevorderende aspecten voor de kwaliteit *54*
LITERATUUR 56
BIJLAGE 1: BEGRIPPEN 61
BIJLAGE 2: DETAILS VERZAMELDE DATA 63
BIJLAGE 3: ZEVEN WAARSCHUWINGSTEKENS 64
BIJLAGE 4: AANBEVELINGEN 65

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoeksrapport dat is geschreven naar aanleiding van onderzoek bij GGZ Breburg, dat plaatsvond in het kader van de afronding van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Er is onderzoek gedaan naar hoe ervaringen van zorgverleners van het FACT-team zicht geven op mogelijkheden om praktijk en beleid met elkaar te verbinden. Dit onderzoek was er niet gekomen als de directeur van zorggroep Jeugd, Marieleen Bouts, niet zo enthousiast had gereageerd op wat ik haar vertelde over Zorgethiek en Beleid en toestemming gaf om onderzoek te gaan doen in de organisatie. Waarvoor hartelijk dank! Ook wil ik graag de teamleden van FACT Breda hartelijk danken om mij toe te laten in hun praktijk, me op sleeptouw te nemen en me te woord te staan wanneer ik weer een vraag had. En dit onderzoek had niet tot een goed afronding kunnen komen zonder de specialistische begeleiding van Inge van Nistelrooij. Waarvoor hartelijk dank! Als laatste grote dank aan Patrick, Annemiek en Klaas, want ook zonder hun betrokkenheid zag dit verslag er heel anders uit. Rest mij nog u veel plezier te wensen met het lezen van dit rapport, in de hoop dat het verrijkt en inspireert.

SAMENVATTING

GGZ Nederland geeft in recent onderzoek aan dat toenemende bureaucratisering ten koste gaat van goede patiëntenzorg en zelfs kan leiden tot onaanvaardbare risico's. De praktijk van zorgverlenen staat onder druk, terwijl dat de kern is van een zorgorganisatie. Nieuwe zorgbenaderingen, inzet van ervaringsdeskundigen en morele reflectie brengen morele perspectieven van zorgverleners en zorgontvangers in beeld. Er ontbreekt echter aandacht voor hoe eigen structuren en zorgprocessen van een organisatie uitwerken in de praktijk. Dit institutioneel etnografisch, empirisch onderzoek kijkt vanuit zorgethisch perspectief naar hoe zorgverleners bij GGZ Breburg morele reflectie ervaren in de context van toenemende bureaucratisering in de zorg. Uit analyses blijken drie patronen. 1. Een dominante invloed van beleid op relaties, de zorgpraktijk en de omgang met verantwoordelijkheden. 2. Te weinig invloed van belichaamde ervaringskennis op de hiervoor genoemde aspecten. 3. Een onduidelijk zicht op de omgang met verantwoordelijkheden en routines in de omgang met elkaar. Met als gevolg verschillende beelden van de realiteit, die van de praktijk en die van het beleid. Wat blijkt is dat belichaamde ervaringskennis een vindplaats is voor morele aspecten in de zorgpraktijk, in relaties, en een kruispunt en verbinding tussen praktijk en beleid kan zijn. Een radicale focus op de praktijk wordt voorgesteld om zich op een menselijke wijze te verhouden tot de pervasieve invloed van bureaucratisering. Echter, door gebrek aan een reflectieve structuur en cultuur in de organisatie blijven belemmerende patronen bestaan. Goede zorg betekent het belichaamde ervaringsperspectief centraal stellen, een moreel leerproces op gang brengen in de organisatie en een wisselwerking tussen beide stimuleren waardoor de verbinding tussen praktijk en beleid, hun zogenaamde gedwongen 'huwelijk', verbeterd kan worden.

HOOFDSTUK 1 PROBLEEMSTELLING

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding voor dit onderzoek beschreven en wordt aangegeven waarom dit onderzoek zowel maatschappelijk als wetenschappelijk een relevantie heeft. Daarop volgen de vraagstelling en doelstellingen van dit onderzoek en een leeswijzer.

1.1 AANLEIDING

Als medewerker bij GGZ Breburg werd ik na een tienjarig dienstverband ontslagen, om er na anderhalf jaar weer te werken als zelfstandig ondernemer. Overigens niet tot ongenoegen van mijzelf, want de transitie van de jeugdzorg bracht veel onrust met zich mee die in de organisatie sterk voelbaar was. Een poging invloed uit te oefenen door deelname aan de ondernemingsraad bracht niet veel verandering, ontslag bracht daarentegen veel rust. Dat er zoveel onrust kon ontstaan in de organisatie door politieke beslissingen was wellicht niet te vermijden, hoe men daarmee omging in de organisatie misschien wel. Al langer verwonderde ik me namelijk over de gang van zaken. Maar mocht je überhaupt al zicht krijgen op dat wat management en bestuur beslissen, als zorgverlener, maar ook als lid van een ondernemingsraad blijf je daarvan af! Althans, zo voelde ik dat. Nu heb ik het genoegen om weer in de organisatie te werken, maar kan ik als zelfstandig ondernemer tegelijkertijd afstand houden tot wat ik voor het gemak maar even organisatorisch gedoe noem.

Al eerder onderzocht ik theoretisch deze organisatie voor het vak Humanisering in Organisaties. Ik concludeerde dat de organisatie geen actief moreel leerproces had ontwikkeld, iets wat volgens de docent nodig is om te kunnen spreken van een integere organisatie die kan bijdragen aan rechtvaardige instituties. Dit betekent zoveel als dat wanneer organisaties wel een actief moreel leerproces hebben, zij morele richting aangevers kunnen zijn in de samenleving. Mooie ambitie toch? Verheugd was ik toen ik toestemming kreeg om empirisch onderzoek te gaan doen in de organisatie, om te kunnen begrijpen welke dynamieken er in een bureaucratische organisatie werkzaam zijn en te onderzoeken hoe het werken in de organisatie plezierig kan blijven.

1.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

GGZ[1] Nederland laat in recent onderzoek zien dat zij de administratieve lastendruk in GGZ-instellingen onaanvaardbaar hoog vindt geworden[2]. Ondanks het belang van het

[1] GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
[2] http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/WEBVERSIE%20het%20roer%20moet%20om%20hrmo%20rapport.pdf

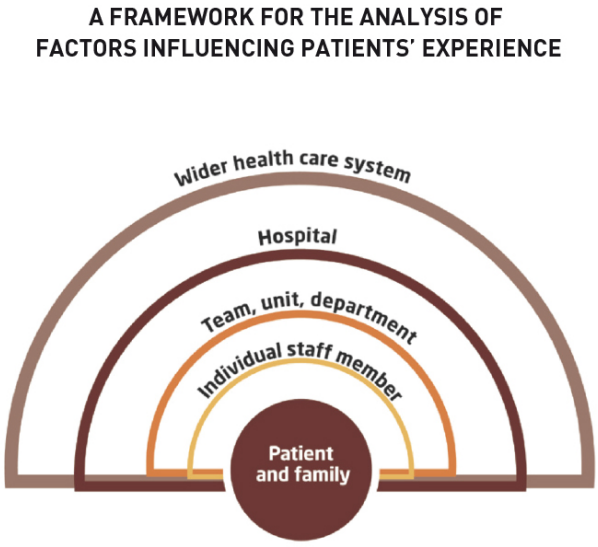
bureaucratisch[3] ordenen van zorgprocessen in een organisatie (Canoy, 2009; DuGay, 2000), gaat dit nu ten koste van tijd voor patiënten en leidt het volgens GGZ Nederland zelfs tot onaanvaardbare risico's in de dagelijkse patiëntenzorg[4]. Kleinschalig onderzoek uit 2015 geeft aan dat 90% van de zorgverleners zelf ook vinden dat zorg in de dagelijkse praktijk verslechtert[5]. Al langer ervaren zij te weinig tijd en ruimte voor het opbouwen van een goede relatie met zorgontvangers[6]. Zorgontvangers voelen zich regelmatig negatief bejegend en gestigmatiseerd[7]. Het zorgsysteem laat blijkbaar te weinig ruimte voor een goede afstemming en verbinding, met zelfs een negatieve invloed op de zorgrelatie. Door verschuivende zorgbenaderingen[8], inzet van ervaringsdeskundigen[9] en door vormen van morele reflectie (Kanne, 2016) trachten reguliere GGZ-instellingen morele perspectieven van zorgverleners en zorgontvangers meer naar voren te brengen. Dit is echter niet genoeg, het zorgstelsel en organisaties zelf voldoen niet meer aan de eisen van deze tijd (Rotmans, 2015). In plaats van een dominante, hiërarchische en bureaucratische structuur die leidt tot angst, wantrouwen en vervreemding, moet de zorg van onderaf hervormd worden zodat het weer mensgericht wordt (idem). Er zijn verschillende initiatieven om de organisatie van zorg in de GGZ te vernieuwen die meer recht doen aan de praktijk van zorgen[10] (Delespaul et al, 2016; Van Staveren, 2016). De invloed van organisatieprocessen op de praktijk blijft in huidige organisaties echter nog vaak onbesproken, de manier waarop organisatiestructuren morele perspectieven van een zorgpraktijk[11] ruimte geven of beperken blijft impliciet (Delespaul et al, 2016). Het tekort aan aandacht voor de verhouding tussen morele aspecten van de praktijk en bureaucratische processen is problematisch, omdat morele perspectieven van zorgverleners en zorgontvangers

[3] Bureaucratie kan gezien worden als een organisatievorm die gekenmerkt wordt door formalisering en standaardisatie, door hiërarchie, door specialisatie en door depersonalisering (Groeneveld, 2016)
[4] http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/WEBVERSIE%20het%20roer%20moet%20om%20hrmo%20rapport.pdf
[5] https://www.sp.nl/sites/default/files/personeelvanggzinstellingenaanhetwoord.pdf.
[6] GGZ Ontwricht: https://www.sp.nl/sites/default/files/081025GGZ_ontwricht_1.pdf, Onderzoek https://www.sp.nl/sites/default/files/091102_jeugdzorg_1.pdf
[7] http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/stigma
[8] Rehabilitatiebenadering: 'Maar bij de rehabilitatie gingen we vragen: wat wilt u zelf eigenlijk? De rehabilitatietijd heeft cliënten zelfstandig wonen, arbeidsrehabilitatie en begeleid lerenprojecten opgeleverd' (uit oratie Anne Goossensen, 2011) Herstelbeweging: 'En vooral deze slaat terug op het zichtbaar maken van de mens naast zijn diagnose' (idem). Ambulatisering: http://www.ggznederland.nl/themas/ambulantisering
[9] http://www.centrum-fameus.nl Ervaringsdeskundigen begint zich langzaam te vormen tot een nieuwe beroepsgroep in de GGZ. Zij zijn ondersteunend in 'het unieke, persoonlijke proces waarin de cliënt zijn eigen leven weer inhoud geeft. Zij kunnen zorgprofessionals en organisatie ondersteunen, adviseren en feedback geven (uit Ervaringsdeskundigheid, beroepscompetentieprofiel, 2013).
[10] http://www.denieuweggz.nl/
[11] Een praktijk kan gezien worden als een combinatie van activiteiten die een bepaald doel uitdrukken. Zo kan een praktijk bestaan uit kleine, dagelijkse handelingen of uit strak georganiseerde institutionele activiteiten (Rouse, 2007). Overeenkomstig is het teleologische (doelmatige) karakter van een praktijk en het feit dat men in tijd en ruimte dingen doet en zegt (Schatzki, 2012).

structureel te weinig ruimte zullen blijven krijgen wanneer organisatiestructuren niet ook onder de loep worden genomen.

1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Er is veel onderzoek gedaan vanuit organisatiewetenschappen naar nieuwe manieren van organiseren, in de psychologie is veel onderzoek gedaan naar goede zorgrelaties (Meurs, 1996; Nicolai, 2008; Westermann & Maurer, 2016). Uit onderzoek blijkt dat de manier van organiseren een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van zorgrelaties (Van der Vegt, 2010; Vermeeren, Kuipers & Steijn, 2011; Van Dalen, 2012). In dit onderzoek wordt echter gezocht naar bronnen die vanuit ethisch perspectief kijken naar de verbinding tussen praktijk en beleid. Onderzoek naar vormen van moreel beraad in organisaties geeft inzicht in wat nodig is om te komen tot een goede afstemming in de praktijk (Abma, Molewijk & Widdershoven, 2009; Kohlen, 2009; Stocker, 2015; Van Dartel, 2014). Echter, doordat een moreel beraad vaak in teams plaatsvindt kan invloed op organisatieprocessen uitblijven, en kunnen persisterende machtsverhoudingen en conflicten door organisatieprocessen blijven bestaan (Van Dartel & Molewijk, 2014; Tronto 2010). Uit conceptueel filosofisch onderzoek blijkt dat “definities van ethiek, van zorgen en van organiseren elkaar diepgaand beïnvloeden”, en ook kunnen conflicteren (Van Dartel, 2012, p.291). Morele verantwoordelijkheden en een goede organisatie staan niet los van elkaar (Abma, Molewijk & Widdershoven, 2009; Van Dartel & Molewijk, 2014). Iedere praktijk (zoals ethisch reflecteren, zorgen en organiseren) heeft een morele en sociaal-politieke betekenis, wanneer deze betekenis gekend wordt kan dit praktijken verbeteren (Van Dartel, 2012). Vanuit zorgethisch perspectief ziet men dat het morele van een praktijk te vinden is *in* praktijken. (Klaver, 2016; Kohlen, 2009; Kolen, Vosman & Timmerman, 2016; Laugier, 2015; Tronto, 2010; Van Heijst et al., 2010; Van Heijst, 2005; Walker, 2007). Juist belichaamde ervaringen van betrokkenen kunnen zicht geven op het morele van een praktijk (Hamington, 2012). Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de implicaties van morele perspectieven voor de vormgeving van een organisatie (Kanne, 2016; Van Dartel, 2012; Van Dartel & Molewijk, 2014). De relevantie van dit onderzoek kenmerkt zich doordat het poogt een bijdrage te leveren aan bestaande inzichten hieromtrent, maar deze ook aanvult door te zoeken naar de verbinding tussen het morele van zorgpraktijken en de organisatie van zorg door een nadruk op het belichaamde ervaringsperspectief van zorgverleners in de dagelijkse praktijk. De focus op zorgverleners laat zich verantwoorden doordat zij de verbindende schakel zijn tussen zorgontvangers en organisatiebeleid (zie figuur 1)



Figuur 1

1.4 VRAAGSTELLING

Dit leidt tot de volgende vraagstelling:

Hoe ervaren zorgverleners bij GGZ Breburg morele reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in de zorg, en wat betekent dit voor goede zorg?

Met de volgende deelvragen:

1. Wat is bekend over zorgethische morele reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in organisaties?

2. Hoe ervaren zorgverleners morele reflectie in de context van hun werk bij GGZ Breburg?

3. Wat betekenen deze inzichten voor goede zorg?

1.5 DOELSTELLINGEN

Het theoretische doel is om vanuit het perspectief van zorgverleners inzicht te verkrijgen in aspecten die de verbinding tussen morele perspectieven van de praktijk en de organisatie van zorg belemmeren dan wel bevorderen.

Het empirische doel van dit onderzoek ligt in het verkennen van mogelijkheden om de verbinding tussen praktijk en beleid te verbeteren.

1.6 LEESWIJZER

In hoofdstuk twee wordt een conceptuele verkenning gedaan naar wat bekend is omtrent zorgethische morele reflectie in de context van toenemende bureaucratisering. Hoofdstuk drie beschrijft de methode van dit empirische onderzoek, hoofdstuk vier de empirische bevindingen. In hoofdstuk vijf worden deze bevindingen in verband gebracht met zorgethische concepten en in hoofdstuk zes wordt ingegaan op de vragen die hoofdstuk vijf heeft opgeroepen. Hoofdstuk zeven geeft de algemene conclusie van dit onderzoek en in hoofdstuk acht wordt gereflecteerd op de kwaliteit van het onderzoek. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek vindt u in bijlage vier.

HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in wat bekend is over zorgethische reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in organisaties. Dit wordt gedaan door te kijken naar de wijze waarop ethische reflectie voorkomt in zorgorganisaties, het verschil tussen ethische en zorgethische reflectie wordt toegelicht, een beeld wordt geschetst van het kenmerkende van zorgethische reflectie in organisaties in de huidige tijd, welke morele aspecten nadruk moeten krijgen en wat dat betekent voor de organisatie van ethische reflectie in een zorgorganisatie.

2.1 CONCEPTUELE VERKENNING

Prevalentie ethische reflectie

Vanaf de jaren ’90 van de vorige eeuw wordt er in toenemende mate aan ethische reflectie gedaan in zorgorganisaties (Kanne, 2016; Dauwerse et al, 2014). Aanleiding voor deze toename is behoefte aan reflectie op aspecten van het werk die onvoldoende door het professionele discours gevat kunnen worden (Kanne, 2016). Naast expliciete vormen van ethische ondersteuning die structureel georganiseerd zijn in een organisatie zoals moreel beraad, ethische commissies of ethische consultatie, bestaan er ook impliciete vormen van ethische reflectie zoals een dialoog over ethische aspecten in teambijeenkomsten of in spontane ontmoetingen, opleidingsactiviteiten of een gedragscode (Dauwerse et al, 2014). Uit onderzoek (2013) blijkt dat in 65% van de GGZ-instellingen expliciete ethiek ondersteuning plaatsvindt, 97% van de onderzochte GGZ-instellingen geven aan dat er impliciete vormen van ethische reflectie plaatsvinden (Dauwerse et al, 2014). De vraag is echter of spontane ethische reflectie daadwerkelijk in al die vormen zo vaak in de praktijk voorkomt of dat dit hoge percentage enkel te danken is aan het hebben van een gedragscode. Impliciete ethische reflectie ontstaat meestal spontaan en wordt door zorgverleners vaak niet herkend als een ethische dialoog. Beide vormen van ethische ondersteuning worden gewaardeerd door zorgverleners. De wisselwerking tussen structurele inbedding van morele reflectie en spontane bespreking van ethische kwesties dicht bij de belichaamde dagelijkse praktijk zorgen voor de ontwikkeling van een ethisch klimaat in een organisatie (idem).

Van ethische reflectie naar zorgethische reflectie

Wanneer vanuit zorgethisch perspectief gereflecteerd wordt, zijn andere thema’s richtinggevend dan wanneer men vanuit traditionele ethische stromingen reflecteert, daarbij

kijkt men anders naar de bron van morele kennis en wie bepaalt wat een morele kwestie is. In de meer traditionele medische ethiek zijn vier principes leidend voor het beoordelen van een situatie: rechtvaardigheid, autonomie, wel-doen en niet schaden (Beauchamps en Childress, 2001). Vanuit deze principes een situatie beoordelen betekent dat de kennis over wat het goede is om te doen bepaald en gestuurd wordt door deze principes. Kritiek op deze manier van ethiek bedrijven komt onder andere van Helen Kohlen (2009), die naar aanleiding van haar onderzoek zag dat ethische reflectie op deze wijze een thematische sturing geeft die specifieke en belangrijke morele thema's van de zorgpraktijk uitsluiten (Kohlen, 2009). Taal was hierin sturend, autonomie stond als thema op de voorgrond (idem).

Wanneer men vanuit zorgethisch perspectief reflecteert, wordt gekozen voor andere thema's – zogenaamde critical insights - en is de omgang daarmee anders (Baur et al, 2017). Als een lens wordt men door deze critical insights sensitief gemaakt voor morele thema's die spelen in een praktijk. Deze inzichten zijn relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, praktijken, kwetsbaarheid, lichamelijkheid, macht en positie, betekenis en zingeving[12]. Zij hebben ook een thematische sturing in zich, maar zijn voornamelijk bedoeld om te openen in plaats van te beoordelen. Hoe betrokkenen vanuit verschillende perspectieven het morele van hun praktijk ervaren kan zodoende aan de oppervlakte komen en uitgewisseld worden (Walker, 2007).

Zorgethische reflectie in de context van toenemende bureaucratisering van organisaties

Wanneer gesproken wordt over zorgethische reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in zorgorganisaties, is ook de aard van deze organisaties van belang. Moraliteit is vanuit zorgethisch perspectief namelijk afhankelijk van het specifieke van een sociale situatie en van de manier waarop in gemeenschappen het morele tot uiting kan komen (Walker, 2007). Bureaucratie kan gezien worden als een organisatievorm die gekenmerkt wordt door formalisering en standaardisatie, door hiërarchie, door specialisatie en door depersonalisering (Groeneveld, 2016). Een vooraf opgestelde verdeling van verantwoordelijkheden volgens hiërarchische lijnen en aan regels onderhevige procedures heeft invloed op de manier waarop men zich tot elkaar verhoudt.

[12] Notitie over de Utrechtse zorgethiek, versie 26 augustus 2015, gevonden op: http://zorgethiek.nu/wp-content/uploads/2015/09/Notitie-over-de-Utrechtse-zorgethiek-definitief-2015.pdf, zie ook Baur et al, 2017.

Morele gemeenschap

Volgens Zorgethica Walker (1993) is het lastig om in organisaties die hiërarchisch en routinematig georganiseerd zijn en op grote schaal acteren enkel te vertrouwen op spontane ethische reflectie. Juist in grote-schaal organisaties staat morele reflectie onder druk door machtsdynamieken en is het van belang om vormen van reflectie te institutionaliseren (Walker, 1993). Walker spreekt over het institutionaliseren van een morele ruimte waarin een open sfeer bestaat (idem). Van belang is namelijk dat er geen perspectieven buitengesloten of gediskwalificeerd worden, omdat dan de morele gemeenschap onvoldoende vertegenwoordigd wordt (idem).

Caring Institution

Zorgethica Tronto (2010) ziet dit soort organisaties vooral in het licht van complexiteit en conflict: er is een continue strijd tussen de verschillende en veranderende behoeften en belangen van betrokkenen. Het is daarom een zorgplicht van de organisatie om zichzelf als onderwerp van reflectie te nemen, zodat onderzocht kan worden hoe de eigen zorgprocessen sturing geven aan en invloed hebben op de praktijk (idem). Want wanneer zorgverleners in een bureaucratische organisatie een ondergeschikte positie hebben, wanneer zorg wordt gezien als een product waarin doelen vooraf en rigide bepaald worden of wanneer de organisatie als verstorend in plaats van als ondersteunend wordt ervaren voor het geven van zorg, staan morele aspecten in de organisatie op het spel[13] (Tronto, 2010).

Het karakter van een bureaucratische zorgorganisatie vraagt dan ook om het expliciet en structureel ruimte maken voor morele reflectie in en door een organisatie (Tronto, 2010; Walker, 1993). Wanneer er structureel op morele aspecten van relationele en organisatorische processen gereflecteerd wordt kan men spreken van goede zorg door een organisatie en van een *caring institution* (Tronto, 2010). Consistent en goed reflecteren heeft praktische consequenties: “this requirements dictates that hiërarchies become flattened in caring organizations” (Tronto, 2010, p. 168).

[13] Voor alle door Tronto geformuleerde waarschuwingstekens, zie bijlage 3.

Complexiteit en onzekerheid

Vosman en Niemeijer (2017) zien ook dat er in huidige zorgorganisaties een toenemende complexiteit bestaat, en de noodzaak of behoefte om deze complexiteit te reduceren. Zorgethische reflectie zou zich volgens hen veel meer moeten richten op de onzekerheid, 'precariousness', omtrent posities en de plek in de gemeenschap, met daarbij de machteloosheid die dit kan geven. Daartoe zou niet een vooraf gestelde norm over macht richtlijn voor reflectie moeten zijn, maar kunnen ervaringen van betrokkenen in hun zorgpraktijk gerelateerd worden aan deze epistemologie van de zorgorganisatie (idem).

Radicale relationaliteit

Net als Vosman & Niemeijer verzet Pols zich tegen het vooraf bepalen van een morele essentie van goede zorg (Pols, 2015). Volgens haar is het doel van reflectie om de 'intra-normativiteit' van praktijken naar boven te brengen. Met intra-normativiteit bedoelt Pols dat goede zorg zich in verschillende vormen toont binnen praktijken. Als methodologisch gereedschap voor reflectie hanteert Pols het begrip 'radicale relationaliteit' (idem). Daarmee richt zij zich op de manier waarop dingen, activiteiten en woorden vormend zijn voor de relaties tussen mensen (Pols, 2015, p.82). Bureaucratische organisaties bestaan immers niet zonder inmenging van verschillende technologische systemen en papieren verantwoordingsmechanismen.

Relationaliteit

Zorgethica Van Heijst maakt zich zorgen over de manier waarop mensen zich aan elkaar kunnen relateren in bureaucratische zorgorganisaties. De zorgrelatie als economische uitwisseling in een bureaucratische instelling maakt dat zorgbetrekkingen te actiegericht zijn en instrumentaliseren (Van Heijst, 2005). Zorg is volgens haar niet het repliceren van modellen, maar het aangaan van een relatie waarbinnen mensen betrokken zijn bij elkaar: "Zorgen is een manier van doen, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf" (idem, p. 66). Van Heijst (2005) ziet een gebrek aan afstemming op zichzelf als problematisch om twee redenen. Enerzijds wordt dan niet duidelijk op welke wijze goed gezorgd kan worden voor de zorgverlener, anderzijds heeft een gebrek aan afstemming een negatief effect op de kwaliteit van zorg aan zorgontvangers. "Zelfafstemming", rekening houden met wat in zichzelf leeft, leidt tot betere zorg omdat dan niet routinematig klussen afgewerkt worden, maar aandacht gegeven kan worden aan wat ertoe doet binnen relaties (idem, p. 65). Morele aspecten als macht, kwetsbaarheid, uniciteit

en afhankelijkheid zijn inherent aan professionele zorgbetrekkingen, maar wanneer deze onduidelijk en impliciet blijven kan dit tot ongewenste en onaanvaardbare situaties leiden (Van Heijst, 2005).

Lichamelijkheid

Doordat ervaringen een belangrijke rol spelen binnen zorgethische reflectie, komt het lichamelijke in beeld. Afstemmen op het lichamelijke wordt vaak overgeslagen, maar kan als een vorm van onderzoek helpen om andersoortige kennis naar boven te brengen en inzicht geven in morele aspecten (Hamington, 2012, p.52). Veel van de belichaamde kennis is onbewust, zoals het besturen van een auto en de verschillende bewegingen die daarvoor nodig zijn. Hamington noemt wat het lichaam als vanzelf weet en moet doen *habits*, gewoonten (Hamington, 2012, p. 59). Wanneer men aandacht geeft aan *habits* kan belichaamde kennis onderdeel worden van een 'moreel narratief' en zicht geven op een morele identiteit (2015, p.13). Een morele identiteit heeft hier niet een abstracte betekenis, maar is zichtbaar in hoe men beweegt en handelt (Hamington, 2015, p.14). Bewegingspatronen worden namelijk gevormd door een continue wisselwerking tussen het lichaam en de omgeving, hoe men beweegt is een reactie op de omgeving en laat een morele betekenis zien (Hamington, 2014; Tops, in druk). Door verschillende gevoelens, houdingen, lichaamsspanningen van zichzelf en de ander, het maken van oogcontact of de afstemming op feitelijke nabijheid of afstand tussen mensen bewust waar te nemen, kan het bijdragen aan een moreel narratief, zicht geven op onderliggende waarden van een organisatie en op de morele identiteit.

2.2 CONCLUSIE

Concluderend kan gesteld worden dat zorgethische reflectie in de context van toenemende bureaucratisering vraagt om een specifieke invulling en omgang met ethische reflectie. Het is van belang om thema's mee te nemen zoals complexiteit, onzekerheid, uniciteit en macht. Om nog meer in te gaan op het ervaringsmatige van een praktijk spelen ook relationaliteit en lichamelijkheid een rol. Daarbij zou niet alleen de relatie tussen betrokkenen onderwerp van reflectie moeten zijn, maar ook hoe organisatieprocessen interfereren met de concrete praktijk. Belangrijk om te noemen is dat de morele gemeenschap onvoldoende vertegenwoordigd wordt wanneer perspectieven buitengesloten worden. Door toenemende bureaucratisering blijkt echter de ruimte voor spontane ethische reflectie in het gedrang te komen en is structurele organisatie van morele reflectie nodig wil men kunnen spreken van een *caring institution*.

HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSMETHODE

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksbenadering en de onderzoeksmethode beschreven. Er wordt aangegeven waar en hoe data verzameld zijn en op welke wijze de data geanalyseerd zijn.

3.1 ONDERZOEKSBENADERING

Dit onderzoek vertrekt vanuit een zorgethisch perspectief[14], wat betekent dat men niet op zoek is naar bewijzen maar naar betekenissen en interpretaties. Interactie tussen betrokkenen en hun subjectieve perspectieven geven zicht op morele betekenissen. Naast dit geesteswetenschappelijke zorgethische uitgangspunt wordt een sociaal-constructivistisch benadering gehanteerd, wat inhoudt dat kennis inductief en sociaal wordt gecreëerd (Creswell, 2013). Kenmerkend voor sociale processen in praktijken is dat machtsongelijkheden kunnen bestaan. Vanuit het perspectief van sociale rechtvaardigheid zullen in dit onderzoek machtsongelijkheden ter discussie worden gesteld. Dit betekent tevens dat de onderzoeker zich midden in het onderzoeksveld plaatst en werkt *met* participanten (Johnson & Parry, 2015). In het verslag zal verder van zorgverleners of teamleden gesproken worden wegens de morele connotatie ervan, behalve wanneer gereflecteerd wordt op de kwaliteit van het onderzoek in hoofdstuk acht.

3.2 ONDERZOEKSMETHODE

In dit onderzoek wordt getracht vanuit de sociologische methode Institutionele Etnografie (IE) onderliggende patronen en machtsverhoudingen in de alledaagse praktijk zichtbaar te maken (Campbell & Gregor, 2008; Smith, 2007). De onderzoeker start het onderzoek bij de geleefde ervaring in praktijken en verbindt observaties uit praktijksituaties, interviews met betrokkenen en documentanalyses met elkaar (Campbell & Gregor, 2008; Quinlan, 2009; Townsend, 1996). Een hiërarchie van soorten kennis en ideeën is terug te vinden in deze sociale organisatie en worden ook wel *ruling relations* genoemd. Door onderzoek komt de sociale organisatie van een organisatiecultuur in beeld, een praktijk kan meer democratisch georganiseerd worden wanneer *ruling relations* ter discussie worden gesteld (DeVault, 2008).

[14] Op deze pagina staat een link naar het document dat puntsgewijs de visie van de Utrechtse zorgethici laat zien: http://zorgethiek.nu/over-zorgethiek/de-visie.

3.3 CASUSDEFINITIE

De dataset van dit onderzoek bestaat uit zorgverleners van team FACT[15]. Dit team is samengesteld uit medewerkers van GGZ Breburg[16] en van de jeugdzorginstelling Juzt[17], die respectievelijk werken vanuit het idee van cure (herstel) of care (ondersteuning). Het team is gevestigd op de locatie van GGZ Breburg in Breda. Het is een multidisciplinair team[18] van 18 zorgverleners (mannen en vrouwen) die werken met jongeren tot 24 jaar met chronische psychiatrische problematieken. Een van de teamleden heeft als programma regisseur een organiserende rol. Het team werkt volgens de ideologie van FACT[19], dat is beschreven in een modelbeschrijving door het Trimbos Instituut. Kenmerkend voor deze methode is dat men werkt vanuit herstelondersteunende zorg en de presentiebenadering, het team heeft een *shared caseload* en een outreachende werkwijze. Daarmee is de werkwijze van zorgverleners in het FACT-team tot op zekere hoogte contrasterend met de manier van werken in de twee 'moederorganisaties'. De hoeveelheid data die verzameld is van deze *culture-sharing group* zal hieronder beschreven worden (Creswell, 2013).

3.4 DATAVERZAMELING

Data zijn verzameld door 13,5 uur participerende observatie[20] van zorgverleners in verschillende overlegvormen met elkaar, maar voornamelijk tijdens het FACT-bordoverleg[21]. Deze observaties zijn opgetekend in veldnotities. Er zijn drie semigestructureerde interviews met drie zorgverleners gehouden en circa 21 informele gesprekken gevoerd, waardoor met bijna iedereen gesproken is. Tweemaal is de onderzoeker meegegaan met een route van twee zorgverleners die cliënten thuis of op een andere locatie zien. Selectie voor de interviews is gedaan op basis van *opportunistic sampling*[22], zowel mensen van GGZ Breburg als Juzt zijn gesproken. Interviews zijn getranscribeerd[23]. Zowel algemene beleidsdocumenten van GGZ

[15] Fact staat voor Flexibel Assertive Community Treatment: een organisatiemodel voor behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Kenmerkend van deze zorg is dat behoeften van zorgontvangers, het maken van verbinding, teamgericht en outreachend werken en een flexibele werkwijze centraal staan (Annemieke Hendriksen-Favier, 2013).
[16] https://www.ggzbreburg.nl
[17] http://juzt.nl
[18] Het team bestaat uit een psychiater, psycholoog, systeemtherapeut (tevens programma regisseur), sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en ambulant hulpverleners. Allen zijn HBO of universitair opgeleid.
[19] Modelbeschrijving FACT jeugd, Trimbos Instituut, Annemieke Hendriksen-Favier, 2013: http://www.factjeugdnoord.nl/wp-content/uploads/2015/06/Hendriksen-Favier-A-2013-Modelbeschrijving-FACT-Jeugd-Utrecht-Trimbosinstituut.pdf
[20] Zie Qualitative inquiry & research design. Creswell (2013) p.166
[21] In het FACT-bordoverleg komen zorgverleners iedere ochtend een uur bij elkaar om alle cliënten uit de gedeelde caseload te bespreken.
[22] De onderzoeker mengt zich eerst in de culturele groep, waarna de etnograaf vertrouwt op de opgedane ervaring en op basis van de mogelijkheden en de onderzoeksvraag kiest wie nader betrokken wordt voor dataverzameling (Miels & Huberman, 1994 in Creswell, 2013)
[23] Interviews worden woordelijk genoteerd voordat analyse plaatsvindt.

Breburg als Juzt zijn geanalyseerd, alsook specifieke beleidsdocumenten omtrent ethische reflectie[24].

3.5 DATA-ANALYSE

Analyse van de data bestaat uit het beschrijven, interpreteren en analyseren van de gegevens. Deze stappen zijn niet strikt gescheiden maar lopen in elkaar over (Creswell, 2013). Campbell en Gregor (2008) geven aan: "there is no technical fix for finding meaning in institutional ethnography. You have to read, think, puzzle, write and continue in that vein with each element of the data" (p. 93). Data zijn met behulp van Atlas-Ti, versie 1.5.4, geanalyseerd en in thema's en subthema's geordend. Datatriangulatie[25] heeft een gedegen analyse en interpretatie mogelijk gemaakt, wat heeft bijgedragen aan het beschrijven van empirische bevindingen in *thick descriptions*[26] (Campbell & Gregor, 2008; Creswell, 2013). Deze rijke beschrijvingen geven "zicht (…) op karakteristieken, handelingen en gedrag" van de praktijk en de interpretatie van de onderzoeker (Van Dalen, 2014, p. 12). Vervolgens heeft een zorgethische interpretatie van de bevindingen plaatsgevonden door een lemniscaat-beweging tussen theorie en empirie; bevindingen en centrale concepten van dit onderzoek zijn met elkaar in verband gebracht, zij kunnen elkaar aanvullen dan wel tegenspreken (Leget, 2009). Deze tweede analyse heeft geleid tot het herkennen van terugkerende patronen die emergeren uit de data. Deze patronen zijn beschreven, ondersteund met voorbeelden uit de praktijk en afbeeldingen (Creswell, 2013).

3.6 SENSITIZING CONCEPTS

Sensitizing concepts zijn concepten die richting geven waarlangs gekeken wordt naar onderzoeksdata (Bowen, 2006). De concepten zijn voortgekomen uit het conceptuele kader en hebben de onderzoeker sensitief gemaakt voor thema's in de praktijk tijdens het verzamelen van data. De volgende concepten zijn gebruikt: ervaringen, ruimte, bewegingspatronen, lichamelijkheid, aandacht, verantwoordelijkheid, relaties, machtsongelijkheid, uniciteit, conflicten, kwetsbaarheid, afhankelijkheid, afwijken, afstemming, reflectie, behoeften.

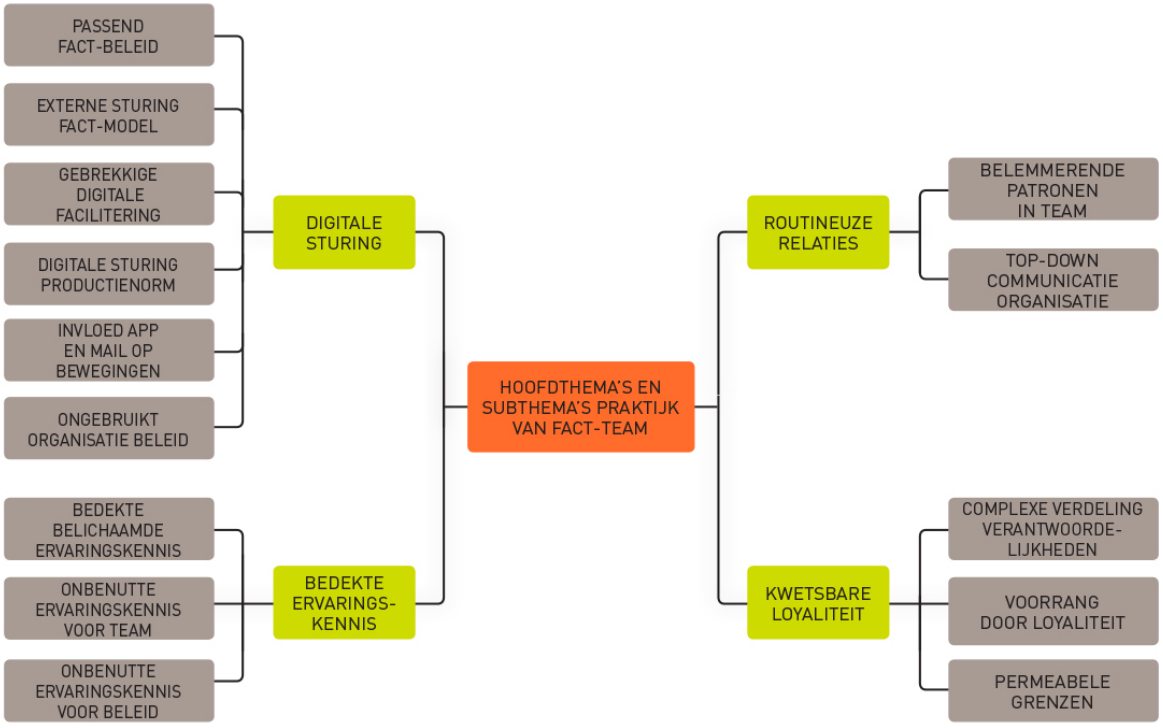
[24] Zie bijlage 2 voor een overzicht van de verzamelde data en de gebruikte beleidsdocumenten.
[25] Informatie uit verschillende (soorten) databronnen (zoals bijvoorbeeld observaties en interviews) kunnen elkaar informeren, aanvullen en bevragen (Van Dalen, 2012).
[26] Een thick description is naast een beschrijving ook een kwaliteitscriterium dat bijdraagt aan de geloofwaardigheid en overdraagbaarheid van het onderzoek (Lincoln & Guba,1985)

3.7 ETHISCHE OVERWEGINGEN

In dit onderzoek wordt gewerkt met persoonlijke en ethisch gevoelige informatie. Ter bescherming van zorgverleners is anonimiteit en zorgvuldige omgang met datasets van groot belang. De onderzoeker heeft getracht zorgvuldig en reflectief om te gaan met gevoelige informatie (Creswell, 2013). De commissie wetenschappelijk onderzoek (CWO) van GGZ Breburg heeft toestemming gegeven het onderzoek uit te voeren.

HOOFDSTUK 4 EMPIRISCHE BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd door middel van een *thick description*. Vier thema's zijn naar boven gekomen, te weten 'digitale sturing', 'bedekte ervaringskennis', 'routineuze relaties' en 'kwetsbare loyaliteit' (zie figuur 2). Per thema zal een uiteenzetting van het thema gegeven worden, gevolgd door citaten van zorgverleners[27].



Figuur 2

4.1 DIGITALE STURING

Met het eerste thema, digitale sturing, wordt bedoeld dat beleidsdocumenten of digitale communicatie sturing kunnen geven aan de praktijk, al dan niet op een dominante en/of gewenste wijze. Ook wordt hier gedoeld op het uitblijven van de sturende kracht dat beleid

[27] Er wordt naar zorgverleners verwezen door de cijfers 1 tot en met 19. Bij de onderzoeker is bekend welke zorgverlener het betreft. Wanneer naar observaties van de onderzoeker wordt verwezen wordt dat met (Ob) gedaan. Wanneer het beleidsdocumenten betreft wordt het desbetreffende beleidsdocument in de zin genoemd. Er wordt naar de modelbeschrijving verwezen door de schrijver ervan te noemen: Hendriksen-Favier, 2013. In bijlage 2 vindt u een overzicht van de verschillende betrokken beleidsdocumenten.

zou kunnen zijn, doordat mogelijkheden ervan niet tot uiting komen. Op veel punten wordt er een mismatch[28] ervaren tussen beleid en praktijk. Er volgen zes subthema's.

Passend FACT-beleid

Het beleid van FACT schrijft een specifieke teamsamenstelling, dagindeling en bejegening naar cliënten toe voor (Hendriksen-Favier, 2013). Daarbij heeft men een outreachende werkwijze, een 'gedeelde caseload' en vertelt de modelbeschrijving dat 'de waarde van de hoge contactfrequentie bij FACT niet onderschat [moet] worden' (idem). Uit observaties blijkt dat deze methodiek gewaardeerd wordt en tot zijn recht komt doordat alle hiervoor genoemde elementen georganiseerd zijn en uitgevoerd worden door zorgverleners (Ob). Zorgverleners ervaren dit beleid als passend voor hun zorgpraktijk (1-9;12;14;16;17). Het stelt hen in staat om contact te maken met cliënten op een manier die zij vinden passen bij wat hun cliënten nodig hebben (1-7;9;14;16;17). Het beleid geeft sturing en houvast, er is ook ruimte voor flexibiliteit in de zorgverlening (Ob;3;6;7;17). Praktijk en beleid lijken hier aardig op een lijn te liggen.

- "Ik kan doen wat nodig is" (6).
- "Hier krijg je meer de verantwoordelijkheid en het gevoel dat je het kan, hier leer je dat je het zelf kan doen en dat je het ook goed doet" (2).
- "Een van de fantastische dingen van fact is: doe nooit hetzelfde als dat het geweest is en denk creatief, het meest wezenlijke van fact vind ik dat je contact maakt" (7).
- "Het zit in mijn vezels, dat gaat leven in mijn hoofd, ik wil gewoon helemaal modelgetrouw werken" (7).
- "Er is niks mooiers dan die stroming te volgen" (7).

Externe sturing FACT-model

Het FACT-model krijgt niet alleen een dominantie doordat het aansluit bij de zorgpraktijk van zorgverleners en omdat zorgverleners deze manier van werken ondersteunen, ook een

[28] Hier wordt volstaan met de letterlijke vertaling van mismatch van wanverhouding, voor een wetenschappelijke verhandeling over mismatch, zie: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Schetsen%20van%20Mismatch%20[MOV-1881102-0.2].pdf

certificeringsinstantie zorgt voor sturing op dit model. De certificeringsinstantie (www.ccaf.nl) kijkt naar de kwaliteit van het team en controleert of het daadwerkelijk modelgetrouw werkt. Een FACT-team in de organisatie is dan ook niet vrijblijvend, het verplicht de zorgorganisaties tot het faciliteren van deze manier van werken. Uit observaties blijkt dat zorgverleners waarde hechten aan deze certificering, de dominante werking van de certificeringsinstantie helpt hier de praktijk.

Gebrekkige digitale facilitering

Zorgverleners voelen zich in de praktijk echter niet voldoende geëquipeerd en ondersteund door de organisaties om hun werk goed te doen. Een aspect dat bij velen frustratie oproept is het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het is ook een uitdaging om registratiesystemen goed op elkaar af te stemmen wanneer een FACT-team is samengesteld uit medewerkers van twee organisaties (Hendriksen-Favier, 2013). De twee EPD's van de twee zorgorganisaties corresponderen niet met elkaar, zorgverleners moeten daarom dubbel rapporteren en systemen lopen vaak vast (Ob;1;2;4;14;17). Zorgverleners van Juzt ontbreekt het daarbij aan middelen zoals een goede laptop of IPad om tussen twee afspraken in de auto te kunnen rapporteren, waardoor zij hun tijd niet efficiënt kunnen inrichten (1;13;14;17). Rapporteren in het EPD kost tijd die men wil besteden aan cliënten, dat kan wanneer facilitering op orde is (idem).

- "Het systeem zou veranderen maar het heeft niet opgelost wat het moet oplossen, het is onhandig!" (1).
- "De organisatie zou beter voor ons zorgen als ze deze administratie beter zouden laten werken" (1).
- "Het EPD kan heel efficiënt en helpend zijn, maar als het niet *matcht* met de praktijk dan leidt dat tot conflicten [in de praktijk]" (3).
- "Systemen belemmeren goede zorg" (2).

Digitale sturing productienorm

De digitale communicatie door de manager met de door de organisatie gestelde productienorm, wat gaat over de hoeveelheid cliënten die door hen gezien moeten worden, heeft een negatieve invloed op de relatie tussen zorgverleners en manager (Ob;1;2;4;14;17). Zorgverleners vullen in het EPD hun rooster in waaruit de hoeveelheid productie geëxtraheerd wordt (Ob;1;2;17). Vervolgens wordt door de manager gecommuniceerd of de productie is

gehaald (idem). Wanneer hier face-to-face over gesproken wordt ervaren zorgverleners nog enige controle over de manier waarop zij tegemoet kunnen komen aan deze norm, communicatie via digitale middelen zoals een powerpoint-presentatie of een email over de hoogte van de productie leidt tot onbegrip en een gevoel van controleverlies (1;2;4;14;17). De ervaring is dat men individueel verantwoordelijk wordt gehouden voor het halen van de productie, terwijl een veelheid aan factoren volgens hen invloed heeft op het al dan niet halen van die norm (idem). Zorgverleners communiceren over de omgang met de productie, maar dit heeft weinig invloed op de organisatie ervan (idem). Om minder last te hebben ontwijkt men het contact met de manager en distantieert men zich van de organisatie.

- "Je [hebt] geen controle over of die cijfers kloppen, maar je wordt er wel op afgerekend, de druk van de leidinggevende komt bij mij terecht, maar het systeem werkt niet en soms heb ik dan niet eens de zin om in gesprek te gaan [met de manager] want weet je, die productie is toch het belangrijkste" (4).
- "Je mag er niets van zeggen, je wordt afgekapt" (2).
- "De drukte van de GGZ vliegt over me heen" (6).

Dwingende invloed van whatsapp en email op bewegingen van zorgverleners

Een vorm van digitale sturing op het handelen betreft communicatie via email- en whatsapp-contact met collega's en cliënten. Uit observaties blijkt dat zorgverleners gedurende de dag continu gestoord worden doordat zij gebeld, gemaild en geappt worden (Ob). Smartphones liggen onder handbereik en zorgverleners reageren meteen wanneer zij een signaal krijgen (Ob). Ondanks de dwingende werking op het handelen en het gevoel geleefd te worden (4), vinden zorgverleners dit digitale contact met cliënten en collega's belangrijk (Ob;1;2;3;4;14;15;17). Ze voelen zich ondersteund wanneer zij alleen op pad zijn om cliënten te bezoeken en elkaar om advies willen vragen, cliënten worden aangemoedigd om met zorgverleners contact op te nemen (idem). De enige gesproken cliënt in dit onderzoek vertelt hoe prettig hij het vindt om te Appen, omdat de drempel om contact op te nemen daardoor lager is.

- "Als ik gebeld wordt (door een collega) dan is er iets en dan voel ik mij verantwoordelijk" (17).

- “Als er iets is kan ik bellen, dan zijn ze er, dan denken ze mee” (17).

Ongebruikt organisatiebeleid

Op alle voorgaande routines wordt niet gezamenlijk gereflecteerd, terwijl de mogelijkheid hiertoe wel wordt gegeven in het beleid. Het beleidsdocument Geestelijke Verzorging van GGZ Breburg geeft aan dat “geestelijk verzorgers met een zorgethisch oog kijken naar de instelling en de afdelingen en dat op aanvraag van medewerkers moreel beraad gehouden kan worden”. Uit het beleid van Juzt over Geestelijke Verzorging blijkt dat men moreel beraad en trainingen ethiek wil gaan uitrollen in de organisatie. Beleid geeft hier een opening waar weinig gebruik van wordt gemaakt, het beleid gaat uit van eigen initiatief. (Ob;1;2;3;4;5;7;14;17;18). Een aantal zorgverleners geeft echter aan geen behoefte te hebben aan moreel beraad. Doorsprekend blijkt er wel behoefte te zijn aan reflectie op aspecten van het werk die het morele betreffen zoals de samenwerking in het team, de verdeling van verantwoordelijkheden, de communicatie of de verbinding tussen praktijk en beleid in de organisatie (1-7;14;16;17;18).

Goed reflecteren met elkaar is ook lastig. Uit een observatie blijkt dat wanneer een groepsgesprek persoonlijker wordt en neigt naar reflecteren, het ongemak bij zorgverleners groeit (Ob). Een zorgverlener geeft aan dat sommigen dan het gevoel krijgen te falen (3). Er wordt geen ruimte gemaakt om met het hele team te reflecteren, er wordt wel een op een gereflecteerd (Ob;2;4;5;6;7). Sommige zorgverleners vinden dat zelf ruimte en tijd gemaakt moet worden om met elkaar te reflecteren (3;7).

> Want het is jakken en jagen en het gaat vooral om de inhoudelijke zorg. Er is veel te weinig tijd om stil te staan bij morele aspecten van het werk, er wordt wel een op een gereflecteerd, maar er wordt niet met het hele team geëvalueerd. (18)

4.2 BEDEKTE ERVARINGSKENNIS

Tegenover de dominante of juist afwezige invloed van beleid op de praktijk, blijkt ervaringskennis veelal bedekt en ongebruikt te blijven. Bedekt heeft een tweeledige betekenis: enerzijds worden ervaringen niet verbaal gedeeld met anderen, anderzijds blijken zorgverleners weinig zicht te hebben op wat zij lichamelijk ervaren en uitdrukken, het lichamelijke wordt onvoldoende omgezet in kennis die kan bijdragen aan de zorgpraktijk of aan het beleid.

Bedekte belichaamde ervaringskennis

Zorgverleners zetten zich lichamelijk in, maar door gebrek aan reflectie en woorden blijven morele betekenissen van bewegingen veelal ongekend (Ob). Het lichamelijke blijkt bijvoorbeeld uit hoe een zorgverlener op een lichamelijke wijze continu verbinding maakt en houdt met een cliënt door zich in zijn houding te richten naar de cliënt (1). Of wanneer een zorgverlener ontspanning probeert over te brengen op een cliënt door in haar eigen houding expliciet te ontspannen (Ob;17). Ook wordt in teamvergaderingen zichtbaar dat naarmate men meer ontspant, er steeds meer bewegingen gebruikt worden om zich uit te drukken (Ob). Bijvoorbeeld door verontwaardiging op een lichamelijke wijze (hoofd in de handen nemen) uit te drukken wanneer een cliënt onheus bejegend wordt, door felle handbewegingen te maken wanneer men iets duidelijk wil maken aan een collega of door achteruit te gaan zitten wanneer betrokkenheid ontbreekt (Ob;1;3;15). Inzet van het lichamelijke veronderstelt hiermee een relationele betekenis. Uit gesprekken blijkt dat wisselend wordt gereflecteerd op bewegingen, men vindt het lastig woorden te geven aan wat men met het lichaam ervaart (1;4;5;6;7). Vol zicht op de betekenis van beweging ontbreekt en beweging krijgt vaak een sociaal-emotionele connotatie in plaats van een moreel-relationele betekenis:

- “Ik ben me er niet zo bewust van dat dat [qua bewegingen] in het team zo gaat” (5).
- “Wat ik in therapieën ook wel tegenkom, dat ik die lichamelijke druk voel of dat ik denk: waarom geeft dit gezin mij zo’n druk, wat gebeurt hier nu? Dat is eigenlijk gewoon prachtig om dat op de een of andere manier terug te laten komen [in het contact met het gezin]” (7).
- “Je schat in op basis van je gevoel, je ervaring, je kennis, je professionele handelen” (7).
- “Ieder teamlid is gewoon in beweging en hoe mooi wil je het hebben!” (wat de sociaal-emotionele connotatie aangeeft) (7).

Onbenutte ervaringskennis voor het team

Patronen in het team blijken het delen van ervaringen te belemmeren, terwijl ervaringskennis juist helderheid geeft over teampatronen (Ob). Men ervaart het team als hecht en er is ruimte om te “bitchen en botsen” op professioneel vlak (4), tegelijkertijd blijkt de methodiek door de

specifieke visie op zorg normerend te werken in de omgang met elkaar (Ob;1;2;3;4;5;7;17). Wanneer ervaringen in de zorg voor cliënten namelijk afwijken van de visie vinden sommige zorgverleners het lastig om zich uit te spreken, men ervaart een wij-gevoel waarin sommige zorgverleners kennis van teamleden boven die van henzelf stellen (Ob;5;19). Niet ieders perspectief wordt verwoord, juist het perspectief van de cliënt kan hierdoor in het gedrang komen omdat zorgverleners hun belangen vertegenwoordigen (1;2;3;4;5;6;7;18). Ervaringen geven aan dat niet de methodiek zelf, maar hoe men met de methodiek omgaat normerend werkt.

- "Anders tegen dingen aankijken is not-done" (19).
- "Het geeft een gevoel van onrechtvaardigheid naar cliënten wanneer onvoldoende ruimte bestaat om af te wijken van de groepsnorm" (5).
- "Er is lang niet altijd helder welke behandel lijn er gevolgd gaat worden" (4).

Onbenutte ervaringskennis voor beleidsvorming

Ervaringskennis zou kunnen bijdragen aan een betere verbinding tussen praktijk en beleid. Zo vraagt een medewerker zich af of de oorspronkelijk bedoeling van het FACT-bordoverleg, zoals beschreven in de modelbeschrijving, tot zijn recht komt, gezien diens ervaringen van het overleg nu (1). Uit ervaringen van zorgverleners blijkt een groot verschil tussen de praktijk van FACT en het algemene beleid van de twee zorgorganisaties, (2;3;4;7;14). Deze ervaringen geven zicht op welke manier beleid wel aan zou kunnen sluiten bij hun praktijk (2;3;5;6;7;18) Wanneer beleid en praktijk beter op elkaar afgestemd zouden zijn, kunnen volgens zorgverleners resultaten geboekt worden en efficiënter gewerkt worden (2;3). Het ontbreekt volgens hen nu aan goede communicatie met de organisatie om ervaringen uit de praktijk over te brengen (idem). De organisatie heeft weinig zicht op de praktijk (2;4;14), deze afstand tussen praktijk en beleid heeft volgens zorgverleners een negatieve invloed op de zorg voor cliënten:

- "Jullie [de organisatie] hebben gewoon echt niet zo goed in de gaten wat wij doen" (4).
- "Mensen [beleidsmakers] hebben theoretische informatie, maar in de praktijk is het niet altijd toepasbaar want je hebt altijd

uitzonderingen. Papier en praktijk matcht niet, maar je hebt wel randvoorwaarden nodig om zorg te bieden. Als je niet ingesteld bent op het maken van uitzonderingen, dan heb je [als zorgverlener] daar last van. Het is niet optimaal geregeld met elkaar, de kans is dat iemand [cliënt] zieker wordt als je het niet kan faciliteren terwijl je het wel in huis hebt. Als er meer communicatie zou zijn tussen alle partijen die de zorg faciliteren dan kun je ook een systeem volledig maken, beleid zou ook met zorgverleners gemaakt [moeten] worden" (3)

4.3 ROUTINEUZE RELATIES

Communicatie binnen verschillende relaties blijkt volgens vaste patronen te verlopen, men kan spreken van routineuze relaties. Dit geldt zowel voor de communicatie met de organisatie alsook voor de communicatie binnen het team. Sociale routines kunnen leiden tot machtsverhoudingen.

Belemmerende patronen in het team

Uit observaties blijkt dat in het FACT-bordoverleg sommige zorgverleners meer aan het woord zijn dan anderen (Ob). Deze verdeling is gerelateerd aan de zorgorganisatie waar medewerkers vandaan komen: medewerkers van GGZ Breburg laten meer van zich horen dan medewerkers van Juzt (Ob;4;5) Er is verschil in zorgbeleid en cultuur tussen GGZ Breburg en Juzt, dit verschil wordt echter niet meer als belemmering maar als verrijking ervaren (1;2;4;5). Het team blijkt nauwelijks te reflecteren op hoe zij met elkaar communiceren, terwijl de omgang met elkaar een ongelijkheid veronderstelt en de zorg voor cliënten beïnvloedt (Ob;4;5;7). Zo geeft een zorgverleners aan dat er veel "losse eindjes" blijven bestaan in de organisatie van de zorg, en "dan heb je toch al snel dat mensen een beetje allemaal een andere kant op gaan" (4).

- "[De ongelijke communicatie] is wel een cirkel waar we met zijn allen in zitten en moeilijk uitkomen" (4).
- "Je kan ontzettend veel uit het team halen, maar nu wordt het maar zo half gedaan omdat nergens tijd voor is" (4).

Top-down communicatie door de organisatie

De communicatie door de organisatie blijkt voornamelijk in de vorm van opdrachten in plaats van via overleg te verlopen. Opdrachten sluiten te weinig aan bij het oplossen van problemen in de praktijk en kunnen tot verwarring leiden (4;7). Opdrachten kunnen een dwingend karakter hebben, sommige zorgverleners hebben het gevoel hier niet van af te kunnen wijken (2;5;14). Zorgverleners proberen tevergeefs wederzijdse communicatie op gang te brengen wanneer het thema's betreft die hen raken (1;2;4;7;17). Verschillende zorgverleners geven aan dat managers ook geen overzicht over en invloed hebben op de organisatie (1;2;3;4;7;14;15).

- "Nou, dat is geen oplossing, dat is een opdracht" (7).
- "Dit is helemaal niet logisch [deze opdracht], heel raar zelfs, dit klopt echt voor geen meter" (7).
- "Ik voelde wel lichte dwang [om naar de teamvergadering te gaan], je wordt wel verwacht en het wordt ook niet echt geaccepteerd dat daar dan van afgeweken wordt. Dan ben je er maar gewoon, [maar] toen is er wel een soort van statement door mij gemaakt [door niet naar de vergadering te gaan]" (5).
- "[De communicatie met de organisatie] gaat gewoon zo" (5).
- "Je mag er niets van zeggen, je wordt afgekapt, er wordt zo weinig naar me geluisterd" (2).
- "Ik heb het al zo vaak gezegd tegen leidinggevende [Juzt] maar er wordt gewoon niets mee gedaan" (2).
- "Ik weet het niet, maar die managers weten het ook niet" (7).

4.4 KWETSBARE LOYALITEIT

Loyaliteit kan gezien worden als trouw aan een persoon of een instituut[29]. Hier wordt gesproken van kwetsbare loyaliteit omdat gevoelens van loyaliteit en verantwoordelijkheid kunnen conflicteren, wat kwetsbaarheid kan geven bij medewerkers. Loyaliteit kan een

[29] https://en.oxforddictionaries.com/definition/loyal

bindende kracht zijn maar ook afnemen of verschuiven. Communicatie over verantwoordelijkheden is hierop van invloed.

Complexe verdeling van verantwoordelijkheden

Dit werk vraagt van medewerkers dat zij genuanceerd omgaan met verantwoordelijkheden. Er wordt hen gevraagd aandacht te hebben voor allerlei levensgebieden van cliënten, tegelijkertijd mag men geen verantwoordelijkheid van cliënten overnemen (Hendriksen-Favier, 2013). Dit laatste wordt ingewikkeld wanneer een cliënt in crisis raakt en zorgverleners zich meer verantwoordelijk voor hun cliënt voelen (4;7). Praktijk en beleid conflicteren hier. Zorgverleners zoeken met elkaar uit hoe ze verantwoordelijkheden verdelen maar zij hebben verschillende ideeën over wanneer ze wel of geen verantwoordelijkheid overnemen van cliënten (Ob;4;7). Daarbij heeft de ene zorgverlener de neiging meer verantwoordelijkheid op zich te nemen dan de andere, een te groot verantwoordelijkheidsgevoel gaat ten koste van zichzelf (4;5;8). Op de omgang met en communicatie over verantwoordelijkheden wordt niet gereflecteerd.

- “Met name de zwaarte van de doelgroep, dan is het toch wel heel prettig als je met meerdere mensen betrokken bent en ook die verantwoordelijkheid dus kan delen” (4).
- “Als je in tweetallen werkt dan heb je altijd dat de ene heel veel naar zich toe trekt en de ander die een beetje op de achtergrond is, daarin moet wel een goede balans gevonden worden” (4).
- “Ja, dat gaat ook over hoe ligt onze verantwoordelijkheid, dat gaat ook over wat doe je in bepaalde situaties, en dat gaat soms over hele kleine nuances” (7).
- “Als daar een psychiatrische crisis is dan moet je een stuk verantwoordelijkheid overnemen en daar moet je niet voor schromen, je mag dat niet laten gebeuren op basis van we hebben zo’n leuk contact met elkaar. Zorg overnemen staat haaks presentiebenadering en is haaks op herstelondersteuning” (7).

Voorrang door loyaliteit

Zorgverleners zijn loyaal naar cliënten, elkaar, naar FACT en naar de organisaties, maar dat wat van zorgverleners gevraagd wordt door de organisatie komt soms in conflict met andere taken (Ob;1;2;4;7;14). Men doet meer moeite voor waar de grootste loyaliteit naar uitgaat, hetgeen afhangt van waarvoor de meeste verantwoordelijkheid genomen *kan* worden en waar meer invloed mogelijk is (6;7). Loyaliteit hangt ook af van de kwaliteit van de communicatie. Over het algemeen blijkt een grotere loyaliteit te bestaan naar FACT dan naar de zorgorganisaties, zorg voor cliënten van FACT krijgt voorrang op wat de zorgorganisaties nog meer van zorgverleners vragen (1-9;14-18). Dit geldt echter niet voor iedereen en niet altijd zo (Ob;5;7). Wanneer men zich ondersteund en gezien voelt en er sprake is van gelijkwaardige communicatie, neemt men meer verantwoordelijkheid voor taken die buiten het eigen takenpakket liggen (Ob;2;4;5;6;7;17;18).

- “Ik ben heel trouw naar de cliënten. En ik werk in het FACT en dat is wel mijn grootste stuk, maar ik werk ook wel bij Juzt” (5).
- “100% FACT (uit teamgesprek)
- “Ik ben loyaal naar de methodiek maar ik ben ook wel loyaal naar de GGZ dus dat is ook wel soms een ingewikkeldheid” (7).
- “Daarin vind ik de cultuur binnen Juzt wel heel anders dan binnen de GGZ. Binnen Juzt is het echt wel heel veel in overleg, en er wordt goed geluisterd op het moment dat je goed kan verantwoorden waarom je iets wil of waarom je iets niet wil, dan is er alle ruimte. Maar wat ik hier wel vaak merk [GGZ] is dat er dan en dan een bespreking en die is dan! En dan ben je er maar gewoon. We worden daar dan verwacht. Ja, dat kan, maar dat is niet zoals ik ben gewend dat er met medewerkers wordt omgegaan. Ik heb bij Juzt(...)een afspraak en die stond eerder, die vind ik ook heel belangrijk” (5).
- “Ik geef heel veel aan (naar Juzt) maar er wordt niets mee gedaan, mijn loyaliteit neemt af” (2).

Permeabele grenzen

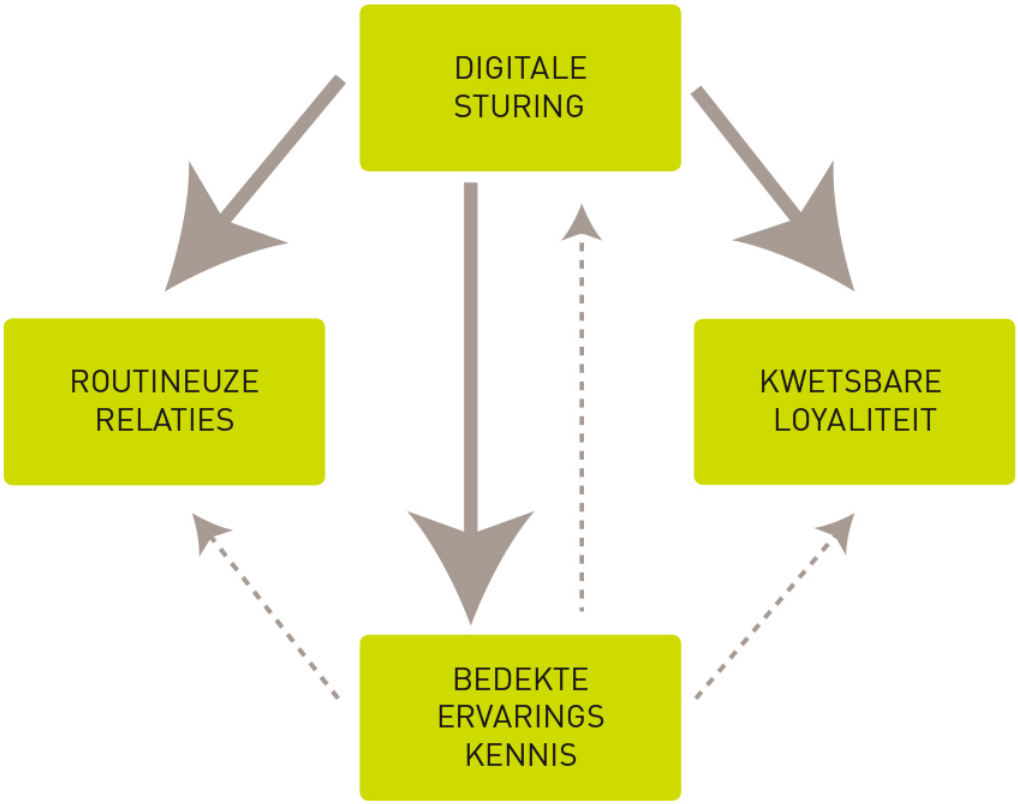
Een groot verantwoordelijkheidsgevoel maakt dat zorgverleners aan zichzelf voorbijgaan. Soms kiezen zij daar bewust voor, soms bestaat het gevoel niet anders te kunnen (Ob;2;4;14). In relatie tot de zorg voor cliënten is men geneigd een stapje extra te doen, wat blijkt uit observaties van een teamoverleg om een gezin na werktijd extra te ondersteunen (Ob). Maar meerdere zorgverleners hebben last van dat zij op regelmatige basis overwerken om rapportages in te voeren en om productie te registreren (Ob;1;4;8;14). Zij voelen wel een verantwoordelijkheid naar collega's om de meest recente informatie omtrent cliënten in te kunnen zien in het EPD en zij doen hun werk gehaast (idem). Dit wordt door sommigen de 'afdek cultuur' genoemd: "ik dek af dat het goed is volgens de eisen van het systeem, maar dat is niet voldoende voor het goed doen van mijn werk" (14). Het regelmatig over grenzen gaan kan echter ten koste gaan van zorgverleners:

> "Dat het team zo fijn is maakt dat ik hier nog sta, anders zou ik ziek of burn-out zijn" (14).

4.5 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de praktijk van zorgverleners in het FACT-team bij GGZ Breburg. Wat blijkt is dat beleid een krachtige werking kan hebben wanneer het overeenkomt met wat zorgverleners in de zorgpraktijk van belang achten. Zorgverleners hechten waarde aan goede zorg voor cliënten. Daarvoor is een goede omgang en communicatie met elkaar belangrijk, maar ook een goede ondersteuning door de organisatie. Ervaringen van zorgverleners geven zicht op organisatieprocessen die een goede ondersteuning voor de organisatie van zorg belemmeren dan wel bevorderen. Ongelijkwaardige verhoudingen tussen elkaar en met de manager blijken belemmerende factoren te zijn om ervaringen te delen. Een gebrek aan structurele reflectie in de organisatie zorgt er echter ook voor dat deze ervaringskennis geen invloed kan hebben op de omgang met elkaar en op de omgang met organisatieprocessen. In de praktijk worden ook de morele waarde van ervaringen en bewegingen niet herkend door zorgverleners en worden weinig woorden gegeven aan belichaamde ervaringskennis. Deze routines laten een hiërarchie in de sociale organisatie zien, een zogenaamde *ruling relation,* waarbij beleidskennis boven ervaringskennis wordt gesteld (figuur 3). Het gevolg is dat de organisatie geen goed zicht heeft op de praktijk, dat ze verwarring toevoegt door hoe en wat ze communiceert, dat loyaliteit van zorgverleners naar de organisatie afneemt, maar ook dat ongelijke patronen in

het team blijven bestaan. Er is veel onduidelijk over de omgang met verantwoordelijkheden, zorgverleners nemen onvoldoende eigen grenzen in acht en er ontstaat geen goede verbinding tussen praktijk en beleid.



Figuur 3

HOOFDSTUK 5 ZORGETHISCHE REFLECTIE

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen kritisch in verband gebracht met zorgethische concepten zoals gepresenteerd in hoofdstuk twee. Zo blijkt beleid een sturende maar ook dominante invloed te hebben op de praktijk, op relaties en op de omgang met verantwoordelijkheden. Praktijkkennis heeft daarentegen weinig invloed op deze aspecten. Door middel van ervaringen krijgt men zicht op wat er zich tussen praktijk en beleid voordoet, waarmee ervaringskennis tegelijkertijd een verbindende factor kan zijn tussen praktijk en beleid.

5.1 VAN BELEID NAAR PRAKTIJK

De onderzoeksmethode Institutionele Etnografie heeft zicht gegeven op de invloed van beleidsinterventies op de concrete praktijk van zorgverleners bij team FACT. Dat de praktijk gestuurd wordt door beleid en/of door digitale communicatie is duidelijk. Dit blijkt onder andere uit de werking van het specifieke FACT-beleid op de praktijk. Dit beleid sluit aan bij de ervaringen van zorgverleners, ondersteunt de praktijk en geeft richting aan het handelen. Hieruit blijkt de kracht die beleid kan zijn. Het wordt echter problematisch wanneer zorgverleners ervaren dat beleid niet aansluit bij de praktijk en zij ook geen invloed uit kunnen oefenen op beleid van de organisatie.

Caring institution

Gebrek aan invloed van zorgverleners op het beleid blijkt uit de omgang met het EPD en met de productienorm. In plaats van ondersteunend is de organisatie op deze onderdelen een belemmerende factor. Beleidskennis heeft voorrang op praktijkkennis, ervaringen van zorgverleners hebben een ondergeschikte positie. Tronto (2010) ziet deze aspecten - een belemmerende organisatie en een ondergeschikte positie - als een waarschuwingsteken waardoor het tot stand brengen van een *caring institution* belemmerd wordt. Om te komen tot een zorgende organisatie zouden structureel morele ruimtes gecreëerd moeten worden in de organisatie zodat gereflecteerd kan worden op patronen in en van de organisatie. Deze ruimtes ontbreken nu, waardoor patronen ook niet doorbroken kunnen worden.

Radicale relationaliteit

Beleid zoals de productienorm wordt als een voldongen feit gepresenteerd door de organisatie. Wanneer vanuit het zorgethische concept radicale relationaliteit van Pols gekeken wordt naar de intra-normativiteit van deze omgang met het beleid, blijkt ‘aanpassen aan

beleid' een norm te zijn. Zorgverleners hebben het gevoel individueel verantwoordelijk te worden gesteld. Zij spreken zich uit maar hebben het gevoel afgekapt te worden. Deze verhouding tussen zorgverlener en manager wordt gemedieerd en gevormd door het beleid. Uit deze routine blijkt een traditionele werking van een hiërarchische organisatie op de vorming van relaties: hiërarchische lijnen en aan regels onderhevige procedures hebben voorrang op wat in relatie naar elkaar wordt geuit, men kan spreken van een machtsverhouding.

Relationaliteit

Gevolg is dat zorgverleners afstand nemen van de organisatie of van de manager. Een grotere afstand maakt het echter lastiger om op elkaar af te stemmen, een gebrek aan afstemming leidt tot een grotere instrumentalisering van de relatie tussen zorgverlener en manager (Van Heijst, 2005). Afstand leidt dus tot meer afstand. Dit is problematisch voor de kwaliteit van zorgrelaties omdat morele aspecten onzichtbaar blijven. De manager krijgt minder zicht op de morele praktijk van zorgverleners. Er ontstaat geen zicht op goede zorg voor hen.

Maar ook kunnen door een gebrek aan goede afstemming tussen elkaar, aspecten uit de praktijk niet goed vertaald worden naar beleid. Wanneer het beleid sturend blijft en ontstane machtsverhoudingen niet veranderen zal dit een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgpraktijk wegens een verminderd zicht op morele aspecten in de praktijk. Gebrek aan afstemming vergroot de mismatch tussen praktijk en beleid, maar men kan zich afvragen of er überhaupt sprake is van een relatie tussen zorgverlener en manager wanneer afstemming ontbreekt.

De concepten radicale relationaliteit en relationaliteit blijken elkaar in de context van toenemende bureaucratisering aan te vullen, en zelfs niet zonder elkaar te kunnen, omdat de invloed van bureaucratische organisatieprocessen invloed heeft op een goede afstemming op elkaar.

Afhankelijkheid en kwetsbaarheid

Niet in het conceptuele kader genoemd maar wel van belang, is wat Eva Kittay *nested relationships* noemt (Kittay, 1999, p. 68). Zij stelt: "connection-based equality yields a nested set of reciprocal relations and obligations" (idem). Zorgverleners zijn afhankelijk van hoe met hen omgegaan wordt door een manager, een manager is afhankelijk van diens directeur, de organisatie is afhankelijk van maatschappelijke beleidslijnen. Deze afhankelijkheid is niet

afkeurenswaardig maar inherent aan iedere relatie, en zelfs noodzakelijk om te herkennen wanneer men een gelijke verhouding tot elkaar wil ontwikkelen (idem). Afhankelijkheid veronderstelt een kwetsbaarheid, die volgens Kittay verplicht tot verantwoordelijkheid. Dit veronderstelt een verantwoordelijkheid van beleidsmakers om zicht te krijgen op welke manier beleid kan leiden tot een kwetsbaarheid bij medewerkers. Nu leidt de inrichting van het EPD ertoe dat zorgverleners ten koste van zichzelf zich in bochten moeten wringen om aan de eisen te voldoen. Dit maakt hen kwetsbaar, de vraag is of dit gezien wordt door de organisatie (par. 4.4). Erkenning van afhankelijkheid en kwetsbaarheid in relatie tot elkaar kan zicht geven op wat goede zorg zou zijn, goede zorg staat op het spel wanneer het perspectief van zorgverleners ondergeschikt en impliciet blijft

Organisatie ethische reflectie

In de organisatie bestaat geen cultuur om structureel met elkaar te reflecteren op morele aspecten. Ondanks de opening die beleid biedt voor morele reflectie, wordt hier in de praktijk weinig gebruik van gemaakt door zorgverleners. Er wordt wel een op een met elkaar gereflecteerd, maar ervaringen blijven buiten beeld bij het hele team en bij beleidsmakers. Dit is problematisch omdat bij gebrek aan structurele reflectie geen ethisch klimaat ontwikkeld wordt waardoor scheefgegroeide patronen ondervangen kunnen worden (Dauwerse et al, 2013; Tronto, 2010). Ook organisatieprocessen blijven buiten beeld, het blijkt ongewoon en ongewenst te zijn deze ter discussie te stellen (par. 4.3). Een hiërarchische verhouding tussen beleid en praktijk blijft bestaan en er wordt geen verandering op gang gebracht, hoe organisatieprocessen inwerken op de concrete praktijk blijft buiten beeld (Tronto, 2010). Doordenkend geeft gebrek aan inzicht ook een gebrek aan controle erover. Wanneer de organisatie structurele reflectie zou organiseren zou zij de verantwoordelijkheid die haar past op zich nemen, maar ook invloed kunnen uitoefeningen op belemmerende patronen. Maar Tronto (2010) gaf al aan dat dan ook de hiërarchische verhoudingen ten opzichte van elkaar zouden moeten veranderen.

5.2 VAN PRAKTIJK NAAR BELEID

De invloed van ervaringen uit de praktijk op het beleid is afhankelijk van de kwaliteit van relaties, maar ook van de erkenning van het lichamelijke als een moreel perspectief. Nu heeft lichamelijke ervaringskennis weinig invloed op beleid, op relaties en op de omgang met verantwoordelijkheden.

Relationaliteit

De relatie tussen praktijk en beleid - of zorgverlener en organisatie - kenmerkt zich door een grote afstand, in het team zijn de verbindingen daarentegen heel hecht, maar niet gevrijwaard van belemmerende routines. Door een norm die voortkomt uit de FACT-methode wordt beleidskennis boven ervaringskennis geplaatst, zorgverleners kunnen daarbij een 'wij-gevoel' ervaren waarbij ze kennis van sommige teamleden boven die van henzelf stellen. Machtsdynamieken hebben dan niet per se met hiërarchische onder- of boven-geschiktheid te maken, maar ontstaan door sociale patronen en routines. Deze patronen belemmeren evenwel de mogelijke invloed van unieke ervaringskennis in een overleg, voorkomen een goede afstemming op elkaar en houden ongelijke patronen in stand.

Lichamelijkheid

Wat meespeelt in het bedekt blijven van ervaringskennis is enerzijds het gebrek aan erkenning van en reflectie op belichaamde kennis, anderzijds wordt de morele betekenis van bewegingen niet gezien. Zo is de vraag of de organisatie ziet dat de zorgverlener door haar fysieke afwezigheid in een teamvergadering duidelijk probeert te maken dat ze wil dat er anders met haar wordt gecommuniceerd (par. 4.4). Het morele wordt hier in beweging uitgedrukt, maar waarschijnlijk niet herkend. Wanneer er aandacht zou zijn voor dit belichaamde aspect, zou men al inzicht kunnen krijgen door te kijken naar elkaar. Hieruit blijkt dat belichaamde ervaringskennis als concept een toevoeging is voor het concept relationaliteit van Van Heijst (2005) doordat heel concreet wordt hoe men kan afstemmen op zichzelf en op anderen: door beweging te ervaren, te zien en er woorden aan te geven. De praktijk is namelijk vol van morele bewegingen maar men vindt het moeilijk om woorden te geven aan dat wat met het lichaam ervaren wordt, en het belichaamde perspectief wordt geen beïnvloedende factor in de organisatie. Hamington (2012) gaf al aan dat belichaamde ervaringskennis een vindplaats is voor morele aspecten, maar gebrek aan herkenning leidt dan ook tot een gebrek aan inzicht.

Terwijl inzicht in belichaamde ervaringskennis kan bijdragen aan het morele verhaal van een organisatie, een inherente verbinding tussen het lichaam en de omgeving maakt immers dat bewegingspatronen inzicht geven in organisatiepatronen (Hamington, 2012; Tops, in druk). De ervaring van zorgverleners dat delen van het beleid van de organisatie niet aansluit bij hun concrete praktijk omdat het beleid niet is ingesteld op uitzonderingen, merken zorgverleners in hun handelen. Praktijk en beleid blijken twee verschillende realiteiten die niet bij elkaar aansluiten en er zijn twee verhalen, die van de praktijk en van het beleid. Dat wat

zorgverleners ervaren geeft echter richting aan wat zij nodig hebben van het beleid, maar blijft impliciet wanneer dit niet wordt gedeeld of wanneer ervaringskennis niet gehoord wordt. Nu is 'aanpassen aan beleid' het adagium, terwijl inzicht in belichaamde ervaringen zou kunnen leiden tot inzicht in hoe de organisatie zorgverleners kan ondersteunen. Er ontstaat een gezamenlijk moreel verhaal doordat het zicht geeft op waar praktijk en beleid elkaar missen en goede zorg voor cliënten op het spel staat, en vervolgens ook waar ze elkaar kunnen vinden. Wanneer ervaringskennis meer ruimte krijgt, is de morele betekenis van een organisatie niet een bedacht beleidsverhaal, maar een door de praktijk gedragen morele identiteit.

Morele gemeenschap

De morele identiteit van een organisatie staat echter niet los van hoe men in een organisatie de morele gemeenschap organiseert[30]. Zorgethica Walker (1993) ziet dat een morele gemeenschap pas voldoende goed is wanneer alle betrokken perspectieven zijn vertegenwoordigd. Belichaamde kennis draagt een morele betekenis in zich die inzicht geeft in een zorgpraktijk zoals een team, dus wie men is als team ligt dan ook vervat in hoe men beweegt. Het belichaamde ervaringsperspectief kan op zichzelf als iets bruikbaars en als een belangrijk perspectief gezien worden wat indien buitengesloten, de morele gemeenschap verarmt. Uitsluiting kan ervaren worden, maar zou ook gezien kunnen worden in beweging. Dit betekent dat wanneer de morele gemeenschap onvoldoende vertegenwoordigd is, er geen coherent moreel verhaal kan ontstaan (zie figuur 4).

Figuur 4

5.3 TUSSEN PRAKTIJK EN BELEID

Tussen praktijk en beleid speelt de complexe omgang met verantwoordelijkheden die onzekerheid geeft. De manier van communiceren heeft invloed hierop. Door een gebrek aan reflectie en een routineuze omgang met verantwoordelijkheid blijft veel onduidelijkheid

[30] Denk bijvoorbeeld aan het recent nieuws omtrent het UMC, voor meer informatie: https://www.igz.nl/actueel/nieuws/veilige-en-open-cultuur-een-vereiste-voor-goe.aspx

bestaan. Zorgverleners gaan over eigen grenzen wat een ongelijke verhouding tot de organisatie veronderstelt. In de empirische bevindingen wordt gesproken van kwetsbare loyaliteit, maar de nadruk zou veel meer gelegd kunnen worden op de omgang met verantwoordelijkheden wegens de complexiteit ervan.

Complexiteit en onzekerheid

Zorgverleners moeten in de praktijk continu opnieuw bepalen wat van groter of minder groot belang is en wat zij voorrang willen geven in hun werk. Dit kan over precaire situaties gaan zoals cliënten in crisis, maar ook over de omgang met elkaar en met de organisatie. Vosman & Niemeijer (2017) gaven al aan dat door de toegenomen complexiteit in zorgorganisaties een onzekerheid omtrent posities kan bestaan waar machteloosheid uit voortvloeit. In de praktijk blijkt dat deze onzekerheid niet alleen gaat over posities in de gemeenschap, maar ook ten aanzien van thema's zoals verantwoordelijkheid. De organisatie poneert impliciet en expliciet verwachtingen omtrent verantwoordelijkheden. Daarmee suggereren zij dat verantwoordelijkheid genomen kan worden op de manier waarop zij dat beogen, maar ook dat verantwoordelijkheid gezien kan worden als iets eenvoudigs. Uit de communicatie van manager naar zorgverlener blijkt deze visie op verantwoordelijkheid (par. 4.1;4.2), er worden opdrachten gegeven die makkelijk lijken maar ingewikkeld uit te voeren zijn. Gebrek aan erkenning van het complexe karakter van verantwoordelijkheden in de praktijk en een gebrek aan inzicht in die praktijk, leidt tot een individualistische visie op verantwoordelijkheid, opdrachten zijn immers eenvoudig en zonder hulp uit te voeren. Dat zorgverleners inderdaad het gevoel krijgen individuele verantwoordelijkheid te dragen is lastig te verantwoorden. Men is in een organisatie afhankelijk van elkaar en verantwoordelijkheid heeft een intrinsiek relationeel karakter (Walker, 2007).

Relationele verantwoordelijkheid

Niet eerder uitgediept maar wel van belang, is de manier waarop zorgethica Walker (2007) verantwoordelijkheid relationeel kadert: "differently placed people know different things" (p. 6). Iedereen kijkt door een eigen bril en heeft dan ook een ander perspectief op verantwoordelijkheden en op wat het goede is om te doen, maar ook welke verantwoordelijkheid op zich genomen kan of moet worden. Wanneer bijvoorbeeld uit de ervaring blijkt dat het EPD niet goed werkt en zorgverleners dit communiceren met de organisatie, maken zij hun perspectief kenbaar aan de organisatie. Wanneer onduidelijk blijft waarom het systeem niet verandert, wordt het perspectief van de organisatie niet duidelijk bij

zorgverleners. Dit leidt tot een scheefgroei in de relaties en onduidelijkheid omtrent verantwoordelijkheden. Kunnen de medewerkers dan ook minder verantwoordelijkheid op zich nemen wanneer het EPD niet verandert, of moeten zij juist meer doen om hun productie te halen? Empirisch blijkt dat wanneer verbaal gecommuniceerd wordt over de productienorm, meer mogelijkheden en oplossingen gezien worden om tot een betere verdeling van verantwoordelijkheden te komen. Hieruit blijkt dat een relationeel proces de omgang met verantwoordelijkheden kan vergemakkelijken doordat perspectieven inzichtelijk worden.

Zelfopoffering

Een routineuze omgang met verantwoordelijkheden vergroot de kans dat zorgverleners ongewild over hun grenzen gaan en zichzelf opofferen. Volgens Van Heijst is (het nog niet eerdergenoemde) zelfopoffering onwenselijk, het opnemen van verantwoordelijkheden maakt het nodig om grenzen te stellen naar anderen (Van Heijst, 2005, p.349). Zij focust op de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Maar dat bij “de morele aanspreking (...) een midden [moet] worden gevonden tussen plicht en vrije wil, tussen rede en gevoel” (p.354), kan ook opgaan voor de relatie tussen zorgverlener en organisatie. Van Heijst stelt met Walker dat onbegrensde verantwoordelijkheid abstract en inhoudsloos is (idem). Zorgen voor of het nemen van verantwoordelijkheid kan pas goed als men daar echt achter staat en wanneer concreet is waarvoor en welke verantwoordelijkheid men op zich kan nemen. Er speelt echter ook een relationeel aspect bij zelfopoffering, namelijk dat men bij ongewilde zelfopoffering de ander of iets anders boven zichzelf stelt (Van Heijst, 2005). Zorgverleners rekken soms bewust grenzen op ten behoeve van zorg voor cliënten, maar wanneer men zich ongewild opoffert, zoals de zorgverlener die iedere avond overwerkt om te rapporteren in het EPD, manifesteert zich een ongelijke machtsverhouding. Er is een gebrek aan begrenzing, blijkbaar is het onduidelijk tot hoever verantwoordelijkheid reikt en waar grenzen kunnen liggen. Dit betekent dat een veronderstelling omtrent verantwoordelijkheden vanuit beleid door de organisatie zoals dat nu wordt gedaan, te vaag kan zijn, kan leiden tot onduidelijkheden in de praktijk en tot zelfopoffering.

Lichamelijkheid

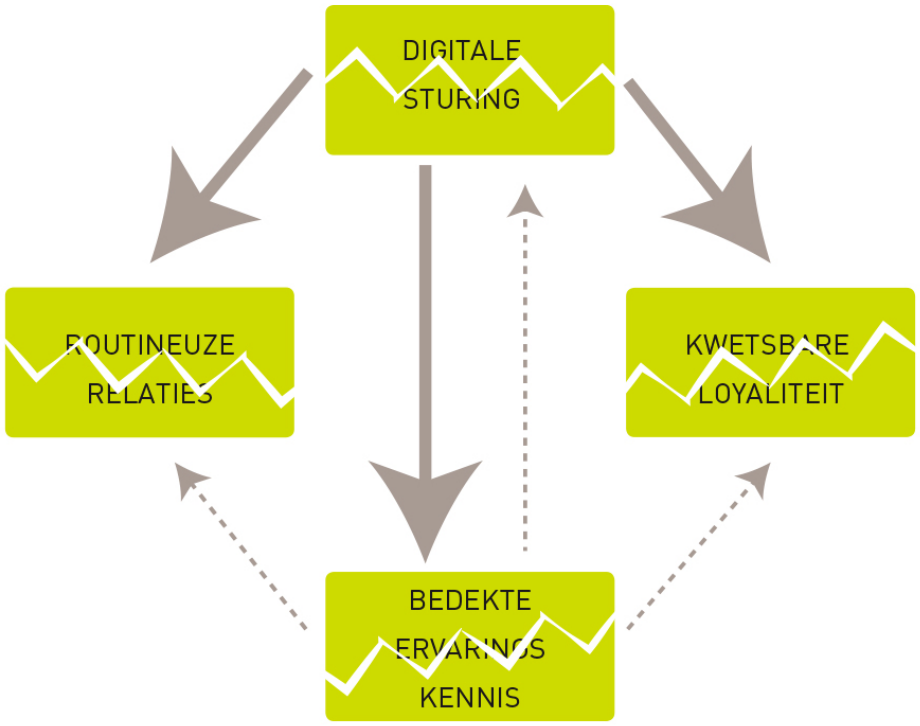
Hoe men in de organisatie met elkaar om wil gaan voor wat betreft verantwoordelijkheden en grenzen blijft impliciet, hier zou belichaamde kennis een bijdrage kunnen leveren. Zorgverleners die hun bewegingen afstemmen op dat wat cliënten van hen vragen middels

app- en email-contact en de wijze waarop een zorgverlener zich in zijn houding afstemt op een cliënt, geven de moreel-relationele betekenis aan van beweging. Wanneer zorgverleners het gevoel hebben afgekapt te worden, of wanneer een zorgverlener niet meer met de manager wil praten, zal dit toch ook zichtbaar zijn in het lichamelijke? Hamington (2012) gaf al aan dat reflectie op belichaamde kennis inzicht geeft in het morele van relaties. Maar zou men de omgang met verantwoordelijkheden of grenzen ook kunnen zien in hoe men elkaar ziet en wat men aan elkaar ervaart? Wat straalt de beweging van de ander uit, welke indruk heeft men van de beweging van de ander en wat betekent dit voor verantwoordelijkheidsgevoelens of grenzen? Reflectie met elkaar kan bedreigend zijn wanneer men elkaar beoordeelt, maar is misschien minder bedreigend wanneer men een eigen ervaring van de ander verwoordt. Het morele kan zichtbaar zijn in bewegingen en door stil te staan bij hoe men de ander ervaart, bij het ontbreken van een reflectieve cultuur is het de vraag of deze aandachtige omgang met elkaar gevonden kan worden.

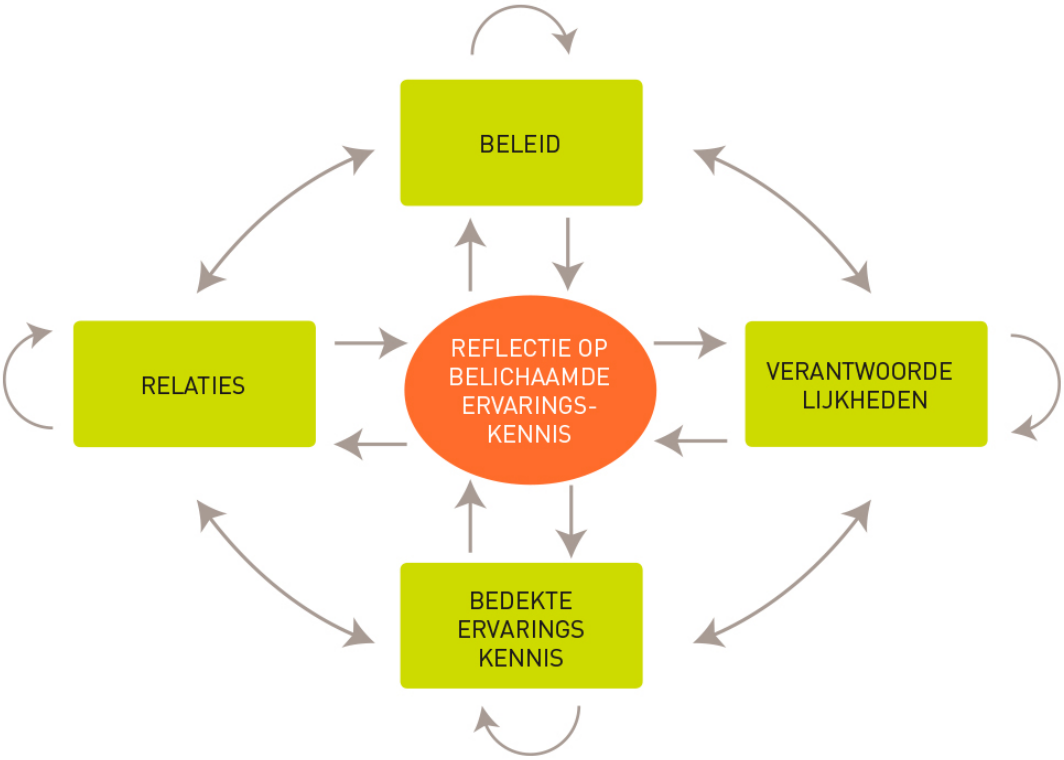
5.4 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is gekeken naar sociale patronen van zorgverleners in het team en wat deze betekenen vanuit zorgethisch perspectief. Beleid heeft een dominantie invloed op de praktijk, op relaties en op de omgang met verantwoordelijkheden, ervaringskennis krijgt te weinig invloed op deze aspecten. Er zijn nieuwe concepten geïntroduceerd omdat ze spelen in de praktijk, namelijk afhankelijkheid, kwetsbaarheid en zelfopoffering. Dit zijn morele aspecten die vragen om erkenning en om het nemen van verantwoordelijkheid. Een onbewuste, niet-praktische en niet-relationele omgang met verantwoordelijkheden kan leiden tot onduidelijkheid, complexiteit, onzekerheid en tot zelfopoffering. Patronen in relaties belemmeren een goede afstemming met elkaar. Een drieluik wordt zichtbaar, bestaande uit dat belichaamde kennis een vindplaats kan zijn voor morele aspecten van de zorgpraktijk, dat belichaamde kennis een kruispunt kan zijn voor de verbinding tussen praktijk en beleid, en dat belichaamde kennis een vindplaats kan zijn voor het morele binnen relaties. De nadruk ligt hier op *kan zijn*, omdat door ontstane routines en machtsverhoudingen, naast het ontbreken van een cultuur om structureel te reflecteren met elkaar en het erkennen van het belang van belichaamde ervaringskennis daarbinnen, het morele impliciet blijft en patronen blijven bestaan. Praktijk en beleid zijn twee verschillende realiteiten (figuur 5). Wat blijkt is dat de concepten radicale relationaliteit, relationaliteit en belichaamde ervaringskennis niet zonder elkaar kunnen in de context van toenemende bureaucratisering, omdat bureaucratische processen goede afstemming belemmeren en het lichamelijke perspectief heel concreet maakt

hoe men op zichzelf en de ander kan afstemmen. De organisatie kan door belichaamde ervaringskennis vat krijgen op welk verhaal zij wil vertellen wanneer zij daar aandacht aan besteedt en dit organiseert (figuur 6). Belichaamde ervaringskennis betekent hier wat men in relatie tot elkaar ervaart, hoe men in relatie tot elkaar beweegt en de woorden die men hier aan geeft. Echter, veel invloed geven aan belichaamde kennis suggereert een radicale focus op de zorgpraktijk om inzicht te verkrijgen in wat het goede is om te doen. En de vraag is of het geven van zoveel ruimte aan lokale perspectieven bijdraagt aan de stabiliteit van een organisatie. Er is al veel onzekerheid en moet deze zekerheid niet juist van bovenaf door beleid gegeven worden? In het volgende hoofdstuk wordt op deze vraag verder ingegaan.



Figuur 5


BELEID
RELATIES
REFLECTIE OP BELICHAAMDE ERVARINGS-KENNIS
VERANTWOORDE LIJKHEDEN
BEDEKTE ERVARINGS KENNIS

Figuur 6

HOOFDSTUK 6 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt doorgedacht, ook wel tegendenken genoemd, op de vraag hoe zorgethische reflectie op belichaamde kennis kan bijdragen aan de stabiliteit van de zorgorganisatie. Daartoe wordt ingegaan op wat bureaucratische sturing al dan niet kan betekenen, vervolgens wordt ingegaan op de aard van een zorgpraktijk, en wordt gekeken naar hoe het morele van de zorgpraktijk georganiseerd kan worden zodat het bijdraagt aan de verbinding tussen praktijk en beleid en aan een coherent verhaal.

6.1 GARANDEERT BUREAUCRATIE ZEKERHEID?

Er zijn verschillende visies op wat bureaucratie is. Professor Sandra Groeneveld (2016) ziet bureaucratie als een organisatievorm die gekenmerkt wordt door formalisering en standaardisatie, door hiërarchie, door specialisatie en door depersonalisering. Een organisatie is betrouwbaar wanneer gedrag navolgbaar en controleerbaar is, het handelen voorspelbaar en wanneer het kunnen hebben van invloed is gereguleerd (idem). Een voordeel van bureaucratie in publieke organisaties is dat door regels en procedures gelijke behandeling van betrokkenen mogelijk is, de essentie van bureaucratie is onzekerheidsreductie; het verkleinen van onzekerheid (idem). Toch blijkt dit niet de meest passende organisatievorm voor publieke organisaties te zijn. Hoewel bureaucratie noodzakelijk is voor het functioneren van een democratische rechtsstaat, zou vanwege de complexe verwevenheid tussen verschillende taken in de organisatie en met diens omgeving een flexibele, gedecentraliseerde organisatievorm juist meer passend zijn (idem). Hiermee lijkt Groeneveld te suggereren dat het toelaten van een bepaalde mate van onzekerheid onvermijdelijk is wanneer men zorg goed wil organiseren.

Filosoof René ten Bos (2015) heeft een andere visie op bureaucratie. Bureaucratie kan gezien worden als een hyperobject, wat zoveel betekent als een object dat te groot is om te bevatten. Voorbeelden van andere hyperobjecten zijn globalisering, kapitalisme of de milieucrisis (Ten Bos, 2015, p. 36). Het verschil tussen bureaucratie als organisatievorm of als hyperobject betreft de manier waarop je je ertoe kan verhouden. De eerste suggereert volledige controle over en door bureaucratische processen, de tweede betreft juist een gebrek aan controle. Want “hyperobjecten neem je niet van een afstandje waar. De traditionele subject-objectverhouding valt in duigen (...) het subject staat niet langer tegenover het object, maar bevindt zich in dat object” (Ten Bos, 2015, p.36). De mens is helemaal ondergedompeld in bureaucratie en wordt in de praktijk op een haast onzichtbare en pervasieve wijze erdoor beïnvloed, zicht op en

controle over bureaucratie is onmogelijk. Daarbij gaat er van bureaucratie een imperatief uit, een gebiedende wijs waarvan niemand eigenlijk weet wat wanneer het belangrijkste is (idem). Niet voor niets noemt Ten Bos “bureaucratie...als een experimenteerzone met menselijkheid” (p. 95). Bureaucratie zien als een organisatievorm is volgens Ten Bos misleidend en zelfs een vergissing wegens de suggestie van controle.

Groeneveld (2016) geeft een optie hoe zorg wel te organiseren. Een organisatie is zelf immers ook een actor (Kolen, et al, 2016). Volgens haar kunnen teams een rol spelen in hoe men in organisaties ongeschreven en informele kaders en structuren creëert zodat een organisatiecultuur ontstaat die de waarden en belangen van alle betrokkenen vertegenwoordigt. Deze cultuur ontstaat door socialisatie: door een proces van wederzijdse aanpassing tussen organisatie en werknemers kan onzekerheid, controleerbaarheid en gelijkheid georganiseerd worden (Groeneveld, 2016). Uit haar onderzoek blijkt dat teams succesvol zijn wanneer zij met leidinggevende en elkaar overleggen en afstemmen over verantwoordelijkheden, gecombineerd met duidelijke en afgebakende doelen (idem). Opvallend hierin zijn de morele thema’s verantwoordelijkheid en grenzen, iets wat ook in de empirische bevindingen van dit onderzoek als belangrijke thema’s naar voren komen. Ook opvallend is dat het werken in teams dus niet betekent dat de verbinding met de organisatie en diens leidinggevenden losgelaten, maar juist verstevigd wordt. Hiërarchische posities leiden hier niet tot machtsverhoudingen maar tot goede, ondersteunende relaties die elkaar aanvullen.

6.2 DE CONCRETE ZORGPRAKTIJK

De focus op teams kent ook uitdagingen. Wat blijkt uit de empirische bevindingen is dat afstemming en overleg in teams en met leidinggevende zich kenmerken door te veel nabijheid of een te grote afstand. Het opvoeren van belichaamde morele ervaringskennis wordt in beide gevallen door routines en machtsdynamieken belemmerd. Zoals filosoof Ruud Kaulingfreks (2015) ook aangeeft: “Teams worden al te vaak een arena waarin een machtsstrijd uitgevochten wordt om invloed op het eindresultaat”. Een te grote betrokkenheid en daarmee te veel nabijheid, is problematisch omdat daardoor het zicht verloren raakt op de uniciteit van de ander (idem). Hij geeft aan: “Het klinkt misschien paradoxaal, maar betrokkenheid heeft het extreme risico van verstikking in zich, van overbruggen van verschillen om alles tot hetzelfde te reduceren”. Afstand wordt doorgaans gezien als een gebrek aan relatie, Kaulingfreks spreekt dan ook van aandachtige afstand. “In deze spanningsvolle

verhouding...tussen afstand en betrokkenheid wordt gezocht naar ruimte om verschillen te laten bestaan".

Met name binnen zorgethische literatuur bestaat een stevige wetenschappelijke traditie over de spanningsvolle verhouding tussen de verbinding met anderen en het behoud van het eigene (Gilligan, 1982; Tronto, 1993; Van Heijst, 2005). Wanneer we specifiek ingaan op de visie van Van Heijst, blijkt er veel spanning te bestaan tussen een bureaucratische organisatie en het kunnen behouden van ruimte voor uniciteit in de organisatie. Haar voorstelling van een zorgorganisatie als een zorgfabriek waarin betrekkingen geïnstrumentaliseerd zijn en zorg gestandaardiseerd is, ontdoet de praktijk en de relaties van menselijkheid (Van Heijst, 2005, p. 109). De drang om zorgprocessen totaal te overzien en in de greep te hebben leidt tot een totalitaire, instrumentele opvatting van zorg en reduceert mensen tot objecten, terwijl de praktijk van zorg juist een ongewisse praktijk is (idem).

In een ongewisse praktijk wordt in relatie tot elkaar het unieke op een lichamelijke wijze zichtbaar, iedere ontmoeting is een centrum van waaruit iets nieuws kan ontstaan (idem). Hiervoor is echter ruimte nodig volgens Van Heijst. Kaulingfreks geeft aan dat ruimte kan leiden tot innovatie, voor huidige zorgorganisaties van groot belang. De ongewisse aard van zorgverlenen en de ruimte die daarvoor nodig is brengt dan onzekerheid met zich mee. Van Heijst (2005) geeft een oplossingsrichting aan in het tweede deel van haar definitie van goede zorg: "zorgen is geen daad maar een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan" (p. 66). Hiermee stelt zij de relatie voorop en geeft ze daarbinnen een plaats aan het routinematige, bureaucratische deel van het professionele. Beide aspecten in een andere hiërarchie plaatsen betekent geen onbegrensde ruimte voor relaties, maar wel meer ruimte om door relaties het morele van de zorg te kunnen vatten. Hoe organiseer je dat dan?

6.3 HOE DAN?

Tronto heeft met het concept *caring institutions* een stevig kader neergezet hoe tot een zorgende organisatie te kunnen komen. Hiermee kan een organisatie beoordeeld worden, maar dit theoretisch concept geeft geen duidelijkheid over empirische implicaties. Visse et al (2011) spreken naar aanleiding van empirisch onderzoek van een moreel leerproces. Zij laten in hun empirisch onderzoek zien dat een instrumentele en rationele, dus bureaucratische sturing van een zorgpraktijk, niet de zekerheid geeft die het belooft te geven. Dat heeft vooral te maken met dat de omgang met verantwoordelijkheden in een praktijk complex is en continu verandert. Verantwoordelijkheid is niet een instrumenteel gegeven dat als feit

geponeerd kan worden, maar komt voort uit waarden, rollen en relaties van mensen. Iets wat ook zichtbaar wordt in dit onderzoek. De relationele omgang met verantwoordelijkheden is een praktisch proces (idem). Hieruit volgt dat wanneer geen inzicht is in die praktijk ook geen helderheid verkregen kan worden, wat door een moreel leerproces wel kan. Door een moreel leerproces kan men ontdekken wie men is in relatie tot anderen en hoe men met elkaar de praktijk vormt (idem). Hierover zou juist belichaamde ervaringskennis, hoe men beweegt ten opzichte van elkaar en wat men aan elkaar ervaart, helderheid kunnen geven. Dit geeft geen overall beoordeling of kant-en-klare structuur van een organisatie, maar beelden van de morele ecologie[31] van een specifiek moment of deel in de organisatie (Visse et al, 2011; Walker, 2007). Een groter bewustzijn van en inzicht in ieders rol en verantwoordelijkheden, leidt tot een sterkere en meer ethisch verantwoordelijke praktijk (Visse et al, 2011). Dat betekent stabiliteit van binnenuit in plaats van buitenaf.

6.4 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is gekeken naar hoe zorgethische reflectie op belichaamde kennis kan bijdragen aan de stabiliteit van een organisatie. Wat blijkt is dat bureaucratische sturing geen zekerheid garandeert en dat bureaucratie als organisatievorm zelfs helemaal niet zo geschikt is voor zorgorganisaties. Het is ook een illusie, en ongewenst, te denken dat er geen bureaucratie zou zijn, men dient zich ertoe te verhouden. Een suggestie is dat het werken in teams de flexibiliteit geeft die een zorgpraktijk nodig heeft. Hiërarchische posities blijven bestaan wanneer men in teams organiseert, maar de relatie met de leidinggevende kenmerkt zich als ondersteunend en aanvullend van beide zijden. Onzekerheid kan niet weggeorganiseerd worden, de zorgpraktijk is een ongewisse praktijk die ruimte nodig heeft om het menselijke karakter van zorg te kunnen laten bestaan, relaties kenmerken zich door een aandachtige afstand. Echt zicht op morele aspecten ontstaat pas door via een moreel leerproces met elkaar helderheid te verkrijgen omtrent de verdeling van verantwoordelijkheden. Dit kan alleen door dit met elkaar uit te gaan zoeken, dan zorgt een moreel leerproces voor stabiliteit van binnenuit.

[31] Een morele ecologie kan als volgt gedefinieerd worden: ‘A moral ecology can be seen as a snapshot of a vigorous process between participants in integrated services in which they, implicitly, co-produce values, roles and relationships’ (Visse et al, 2011).

HOOFDSTUK 7 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zal de conclusie van dit gehele onderzoek gepresenteerd worden. Er is door middel van Institutionele Etnografie onderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners bij GGZ Breburg en gezocht hoe een betere verbinding tussen praktijk en beleid tot stand kan komen. De noodzaak hiertoe is dat relaties binnen zorgorganisaties onder druk zijn komen te staan door bureaucratische sturingsmechanismen. De focus op ervaringen van zorgverleners in dit onderzoek laat zich verantwoorden doordat hun belichaamde ervaringskennis een schakel is tussen zorgontvangers en de organisatie.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

> *Hoe ervaren zorgverleners bij GGZ Breburg morele reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in de zorg, en wat betekent dit voor goede zorg?*

Om antwoord op te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek zal eerst ingegaan worden op de deelvragen.

1. **Wat is bekend over zorgethische morele reflectie in de context van toenemende bureaucratisering in organisaties?**

Huidige zorgorganisaties kenmerken zich door een toegenomen complexiteit en onzekerheid ten aanzien van posities in de organisatie. Continue veranderingen vragen om een specifieke invulling en omgang met ethische reflectie, waarvan blijkt dat zorgethische reflectie beter toegesneden is op de uitdagingen waarvoor een zorgorganisatie zich gesteld ziet, zowel vanwege de morele thema's die geïncludeerd worden, hoe men met deze thema's omgaat alsook wie onderdeel uit zou moeten maken van de reflectie. Ook zou morele reflectie structureel georganiseerd moeten zijn om een ethisch klimaat op gang te brengen en te houden.

Wanneer we kijken naar wat er na de empirische studie bekend is over deelvraag één, blijken de morele thema's zelfopoffering, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relaties er bij de onderzochte praktijk uit te springen, die allen vragen om een bewuste omgang met verantwoordelijkheden. Het onderzoek geeft aan dat door bureaucratisering relaties neigen te instrumentaliseren en de omgang met verantwoordelijkheden routinematig verloopt. Morele aspecten in de concrete praktijk komen los te staan van de realiteit die beleid beoogt te zijn. Bureaucratie suggereert dat reflectie niet nodig is, immers, alles is al vastgelegd en geregeld.

Echter, juist bureaucratie maakt reflectie nodig door de vervormende werking die het heeft op de praktijk. Het is een illusie, en zelfs ongewenst, te denken dat we zonder bureaucratie kunnen, een bewuste omgang ermee is echter wel noodzakelijk. Het fenomeen toenemende bureaucratisering an sich wordt zo zelf onderwerp van zorgethische reflectie, en men kan misschien beter spreken van toenemende bureaucratisering in de context van zorgethische morele reflectie. Dit betekent een andere hiërarchie tussen praktijk en beleid, die in organisaties nodig is om zich op een menselijke wijze te kunnen verhouden tot de pervasieve invloed die bureaucratisering heeft.

Centraal in de zorgethische morele reflectie staat het betrekken van belichaamde ervaringskennis, omdat deze kennis zicht geeft op het morele van zorgpraktijken, van relaties, en een kruispunt of verbinding is tussen praktijk en beleid. Reflectie op belichaamde ervaringskennis is als zodanig structurerend voor de praktijk omdat het zicht geeft op verantwoordelijkheden en relaties, en bijdraagt aan een moreel narratief en een morele identiteit. Belichaamde ervaringskennis dient dan ook als perspectief te worden erkend binnen de morele gemeenschap. Wanneer men zorgethische morele reflectie structureel in de organisatie implementeert en organiseert ontstaat een belichaamd ethisch klimaat die thema's aan de orde stelt die ertoe doen, die de zorgpraktijk versterkt en stabiliteit van binnenuit geeft.

2. Hoe ervaren zorgverleners morele reflectie in de context van hun werk bij GGZ Breburg?

Deze vraag is lastig te beantwoorden om de volgende redenen. De meeste zorgverleners die gesproken zijn geven aan geen behoefte te hebben aan morele reflectie, zij herkennen het morele vaak niet en hebben er weinig woorden voor. De vraag hoe zorgverleners morele reflectie ervaren kan dan ook niet beantwoord worden, omdat ze die niet als zodanig ervaren. Toch wordt hierdoor iets zichtbaar. Er wordt namelijk wel gereflecteerd op thema's die als moreel geduid kunnen worden, maar dat is vaak een op een. Het merendeel van hen geeft aan behoefte te hebben aan meer tijd en ruimte voor reflectie met elkaar. Wanneer men in de praktijk spontaan neigt naar morele reflectie met elkaar blijkt een kwetsbaarheid bij zorgverleners die vraagt om begeleiding. Wat betekent dit dan voor goede zorg?

3. Wat betekenen deze inzichten voor goede zorg?

Dit kan in de volgende drie punten gevat worden, de daaruit volgende aanbevelingen vindt u in bijlage 4:

1. Erken belichaamde ervaringskennis als moreel perspectief en ondersteun zorgverleners om woorden te vinden voor dit perspectief en om dit met elkaar te bespreken.
2. Ontwikkel een moreel leerproces in de organisatie dat zorgt voor een ethisch klimaat waarin gereflecteerd kan worden op organisatieprocessen, relaties, de praktijk en de omgang met verantwoordelijkheden (voortkomend uit de thema's zelfopoffering, afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relaties), waarin de hele morele gemeenschap, evenals het belichaamde ervaringsperspectief, vertegenwoordigd is.
3. En essentieel voor het welslagen ervan: laat dit morele leerproces invloed hebben op de organisatie van zorg, zodat nieuwe manieren van organiseren ontwikkeld kunnen worden die ruimte geven aan morele aspecten van een zorgpraktijk, die tevens leiden tot een sterkere verbinding tussen praktijk en beleid.

HOOFDSTUK 8 KWALITEIT

Vooraf gepland

Om de kwaliteit van dit onderzoek te verhogen is een aantal criteria van belang: geloofwaardigheid[32], overdraagbaarheid[33] en betrouwbaarheid[34] (Visse, 2012). Zorgvuldige dataselectie, datatriangulatie[35] en *peer-review*[36] dragen bij aan gedegen interpretaties en de geloofwaardigheid van het onderzoek. *Member-checks*[37] worden verwerkt in *thick descriptions*. Daarnaast dragen ook reflecterende memo's[38] en een reflexieve houding[39] bij aan de geloofwaardigheid. Voorgaande criteria dragen ook bij aan eventuele overdraagbaarheid van het onderzoek, wat bij kwalitatief onderzoek binnen de verantwoordelijkheid van de lezer van het onderzoek ligt. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten worden bevindingen, interpretaties en denklijnen zo zorgvuldig en nauwkeurig mogelijk weergegeven en wordt gereflecteerd op de methodische stappen die zijn gezet (Visse, 2012). Hieronder wordt ingegaan op de belemmerende en bevorderende aspecten op de kwaliteit van dit onderzoek.

Belemmerende aspecten voor de kwaliteit

De onervarenheid van de onderzoeker met interviewtechnieken kan belemmerend zijn geweest voor de kwaliteit van de verzamelde data. Doordat de onderzoeker ook als medewerker bij de onderzochte organisatie werkzaam is kan daarbij diens subjectieve positie een sturende invloed hebben gehad op de vraagstelling in interviews, wat invloed kan hebben op de geloofwaardigheid en de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Een onderzoeker is echter altijd gesitueerd in verschillende morele praktijken en kan door vooronderstellingen nimmer objectief en neutraal zijn (Walker, 2007). Een bepaalde mate van subjectiviteit is inherent aan kwalitatief onderzoek en kan ondervangen worden door grondig te reflecteren (Roulston & Shelton, 2015). Desalniettemin kan het zijn dat het perspectief van de participanten te weinig naar voren is gekomen.

---

[32] Geloofwaardigheid, ook wel interne validiteit genoemd, is 'the degree of correspondence between researchers' interpretations and the participants' perspectives' (Visse, 2012)
[33] Overdraagbaarheid, ook wel externe validiteit genoemd, is een 'empirical process for checking the degree of similarity between sending and receiving context' (Guba en Lincoln, 1989 in Visse, 2012).
[34] Betrouwbaarheid is de mate waarin resultaten onafhankelijk zijn van de vooronderstellingen van onderzoekers (Visse, 2012).
[35] Datatriangulatie betekent dat verschillende databronnen elkaar kunnen informeren, aanvullen en bevragen (Van Dalen, 2012).
[36] *Peer-review* betekent een externe controle van het onderzoeksproces door de onderzoeker te bevragen op methode, betekenissen en interpretaties (Creswell, 2013). In dit onderzoek zijn dat de begeleidende docenten van de opleiding.
[37] *Member check* betekent dat onderzoeksgegevens worden voorgelegd aan participanten ter validatie van bevindingen (Creswell, 2013).
[38] Memo's bevatten eigen ideeën van de onderzoeker betreffende het onderzoeksproces (Creswell, 2013)
[39] Reflexiviteit betekent een houding waarin de onderzoeker zich bewust is van eigen vooronderstellingen, waarden en ervaringen die in het onderzoek worden gebracht en deze worden ter discussie gesteld (Creswell, 2013).

Een ander belemmerend aspect is de beperkte tijd voor het onderzoek. Etnografisch onderzoek is een emergent proces waarin patronen zich in verloop van tijd blootgeven (Campbell & Gregor, 2008). Ondanks dat de onderzoeker volgens eigen inzicht een goed beeld heeft kunnen ontwikkelen van patronen in de onderzochte praktijk, iets waarvan Creswell (2013) aangeeft dat dan genoeg data zijn verzameld, kan het zijn dat met meer tijd een dieper zicht zou zijn gekomen op *ruling relations* (idem), waardoor tijdgebrek de betrouwbaarheid van het onderzoek kan hebben beïnvloed.

Een derde belemmerende factor voor de geloofwaardigheid is dat dit onderzoek, ondanks *peer-review* en datatriangulatie, voornamelijk individueel is uitgevoerd. In het kader van de afsluiting van de master Zorgethiek en Beleid kan daardoor goed zicht verkregen worden op de kwaliteit van de onderzoeker, die bewust heeft gekozen voor een individueel uit te voeren onderzoek. Iedereen heeft echter een ander beeld van wat zich voordoet in de praktijk, wat richtinggevend is voor de uitkomsten van het onderzoek. In het kader van wetenschappelijk onderzoek zou een intensievere betrokkenheid van andere onderzoekers wenselijker zijn geweest.

Bevorderende aspecten voor de kwaliteit

Daartegenover staat dat een *member-check* is uitgevoerd door *thick descriptions* aan drie participanten te laten lezen. Zij herkennen alle drie hun team in de beschrijvingen en hebben geen suggesties voor aanpassingen doorgegeven. Ondanks de korte tijdspanne van het onderzoek en de subjectieve positie van de onderzoeker is een goed beeld ontstaan over de sociale patronen in het team, wat de geloofwaardigheid en de overdraagbaarheid van het onderzoek vergroot.

Kenmerkend voor Institutioneel Etnografisch onderzoek is dat verschillende soorten data worden verzameld. Enerzijds is dit complicerend en kan het leiden tot een gebrek aan overzicht tijdens analyse en interpretatie (Campbell & Gregor, 2008). De ervaring van de onderzoeker is echter dat deze datatriangulatie heeft geleid tot het kunnen maken van een gedegen interpretatie van de *culture-sharing group.* Doordat verschillende soorten data elkaar informeerden, aanvulden, bevroegen dan wel tegenspraken werden niet-kloppende

interpretaties gecorrigeerd, wat heeft bijgedragen aan de geloofwaardigheid en de overdraagbaarheid van het onderzoek[40].

Bevindingen van het onderzoek zijn voorgelegd aan de begeleidende docent in de vorm van *thick descriptions* en door een schematische weergave van de bevindingen. Deze werden als logisch beoordeeld. Gesprek over de zorgethische interpretatie van de bevindingen met de begeleidende docent heeft geleid tot een meer gerichte focus en daardoor een meer coherente interpretatie. Deze *peer-review* heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Om te reflecteren op de eigen vooronderstellingen en de subjectieve positie, heeft onderzoeker een logboek bijgehouden. Tevens is de onderzoeker zich bewust geworden van vooronderstellingen door *peer-review*. Een voorbeeld van het laatste is dat de vraag werd gesteld of de *thick description* geen informatie bevat die kennis over de praktijk vooronderstelt. Hier volgt een voorbeeld uit hoe een logboek kan leiden tot een open onderzoeksopstelling: “Ik ken de organisatie, ik werk er zelf. Maar wat zeg ik eigenlijk als ik zeg dat ik de organisatie ken. Ik ken enkel dat wat ik ervaar, degenen die ik tegenkom en de ruimtes waar ik mij in begeef”.

[40] De uitkomsten van dit onderzoek zijn echter niet een-op-een overdraagbaar naar andere zorgpraktijken in de organisatie, wegens het particuliere karakter van de praktijk en de daarbij komende patronen. Het zou evenwel kunnen dat elementen van dit onderzoek herkenbaar zijn in andere praktijken, deze verantwoordelijkheid ligt echter bij de lezer van het onderzoek.

LITERATUUR

Abma, T.A., Molewijk, B. & Widdershoven, G.A.M. (2009). Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Anal* 17 (3), p. 217-235. doi:10.1007/s10728-008-0102-z

Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1-11.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.

Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, *5*(3), p. 12-23.

Campbell, M L. Gregor, F. (2008). *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Toronto: Higher Education University of Toronto Press Incorporated.

Canoy, M. F. (2009). Marktwerking in de zorg: ondernemende zorg of zorgende ondernemers. Universiteit van Tilburg.

Creswell, J.W. (2013). Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among five approaches. Londen: Sage Publications.

Dauwerse, L., Weidema, F., Abma, T., Molewijk, B., & Widdershoven, G. (2014, June). Implicit and explicit clinical ethics support in the Netherlands: a mixed methods overview study. In *HEC forum* (Vol. 26, No. 2, pp. 95-109). Springer Netherlands.

Delespaul, P. A. E. G., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Os, J. J. (2016). *Goede GGZ!: nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis uitgevers.

DeVault*, M. (2008). Institutional Ethnography. Syracuse University. *Chair, Institutional Ethnography Division, 2007-2009. With input from Paul C. Luken.

DuGay, P du. (2000). In Praise of Bureaucracy. Sage Introduction

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Harvard University Press.

Groeneveld, S. M. (2016). Het belang van bureaucratie. Omgaan met ambivalentie in publiek management.

Hamington, M. (2004). Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty, and feminist Ethics. Illinois: University of Illinois Press

Hamington, M. (2012). Care ethics and corporal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 5(1), p. 52-69.

Hamington, M. (2015). Politics is not a game: The radical potential of care. *Care ethics and political theory*, 272-292.

Johnson, C.W., Parry, D.C. (2015). Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry. A methodological guide. Left Coast Press, California, USA.

Kanne, M. E. (2016). Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk. Proefschrift. Delft: Eburon.

Kaulingfreks, R. G. A. (2015). Blijf er vanaf. Over afstand en samenwerken. Waardenwerk, vol. 62/63, pp. 161-171

Klaver, K. (2016). Dynamics of attentiveness: in care practices at a Dutch oncology ward. Proefschrift, Tilburg: Ridderprint BV.

Kittay, E. Feder (1999). Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency, New York: Routledge.

Kohlen, H. (2009) Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany. Frankfurt: Campus.

Kolen, M., Vosman, F., Timmerman, G. (2016) Onder de radar. Alledaagse omgang als kenbron voor zorgorganisaties in transitie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice.* 25(4), p. 5-26 http://doi.org/10.18352/jsi.491

Laugier, S. (2015). The Ethics of Care as a Politics of the Ordinary. *New Literary History 46*(2), p. 217-240.

Leget, C., Borry, P., & De Vries, R. (2009). 'Nobody Tosses a Dwarf! The relation between the empirical and the normative reexamined. *Bioethics*, *23*(4), p. 226-235.

Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Meurs, P., & Cluckers, G. (1996). Lichamelijkheid en affect bij psychosomatiek. *Tijdschrift voor psychoanalyse*, *2*(2), p. 68-83.

Nicolai, N. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *34*(6), p. 431-449.

Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: relations with technologies in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *18*(1), 81-90.

Quinlan, E. (2009). The 'actualities' of knowledge word: An institutional ethnography of multi-disciplinairy primary health care teams. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 625-641.

Rotmans, J. (2014). *Verandering van tijdperk: Nederland kantelt*. E. van Brummelen (Ed.). Æneas, uitgeverij van vakinformatie bv.

Roulston, K., Shelton, S.A. (2015). Reconceptualizing Bias in Teaching Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry* 21(4), 332-342.

Smith, E. (2007). Texts and the ontology of organizations and institutions. *Studies in Cultures, Organizations and Societies, 7*(2), p. 159-198.

Stocker, S. (2015) Gespeeld Beraad, Moral Agency Theater als methode voor toegepaste medische ethiek. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*. 25(3), p. 99-100.

Ten Bos, R. (2015). *Bureaucratie is een inktvis*. Amsterdam: Boom.

Tops, M. (2017, in druk). Lichamelijkheid: een onderschatte factor binnen morele reflectie. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*. 27(2).

Townsend, E. (1996). Institutional ethnography: A method for showing how the context shapes practice. The Occupational Therapy Journal of Research, 16(3), 179-199.

Tronto, J. C., (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose, *Ethics and social welfare* 4(2), p.158-171, doi: 10.1080/17496535.2010.484259.

Tronto, J. C. (1993). Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Psychology Press.

Van Dalen, A. (2012). *Zorgvernieuwing: Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Van Dalen, A. (2014) Etnografische analyse. *KWALON*. (19)3, p. 9-17.

Van Dartel, H. (2012). Naar een handelingsgericht ethiekbeleid voor zorgorganisaties: een normatieve verkenning (Doctoral dissertation, Van Gorcum, Assen).

Van Dartel, H. (2014) Twee zorgethische gespreksmethoden. In Van Dartel, H & Molewijk, B. *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk.* Amsterdam: Boom.

Van Dartel, H. & Molewijk, B. (2014) Op weg naar een integraal ethiekbeleid voor zorginstellingen. In Van Dartel, H & Molewijk, B. *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Van der Vegt, G. S., Bunderson, S., & Kuipers, B. (2010). Why turnover matters in self-managing work teams: Learning, social integration, and task flexibility. *Journal of Management*, *36*(5), p. 1168-1191.

Van Heijst, A. (2005/2014). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.

Van Heijst, J. E. J. M., Vosman, F. J. H., Pijnenburg, M., Leget, C., & Berden, B. (2010). Managen van menslievende zorg: Herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. *Menslievende zorg, management en kwaliteit*, 11-39.

Van Staveren, R. (2016) HART voor de GGZ. *Werken met compassie in een nieuwe ggz.* Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Vermeeren, B., Kuipers, B., & Steijn, B. (2011). Two faces of the satisfaction mirror: a study of work environment, job satisfaction, and customer satisfaction in Dutch municipalities. *Review of public personnel administration*, *31*(2), 171-189.

Visse, M. (2012), Openings for humanization in modern healthcare practices. Proefschrift. Amsterdam.

Visse, M., Widdershoven, G. A., & Abma, T. A. (2012). Moral learning in an integrated social and healthcare service network. *Health Care Analysis*, *20*(3), 281-296.

Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1-12.

Walker, M.U. (2007). *Moral understanding: a feminist study in ethics*. Oxford: University Press Inc.

Walker, M. U. (1993). Keeping moral space open: New images of ethics consulting. *Hastings Center Report*, *23*(2), 33-40

Westermann, G., & Maurer, J. (2016). Het Dialoogmodel. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *42*(6), p. 370-383.

BIJLAGE 1: BEGRIPPEN

Betrouwbaarheid: de mate waarin resultaten onafhankelijk zijn van de vooronderstellingen van onderzoekers (Visse, 2012).

Bureaucratie: "een organisatievorm die gekenmerkt wordt door formalisering en standaardisatie, door hiërarchie, door specialisatie en door depersonalisering" (Groeneveld, 2016)

Datatriangulatie: verschillende databronnen kunnen elkaar informeren, aanvullen en bevragen (Van Dalen, 2012).

Geloofwaardigheid (interne validiteit): "the degree of correspondence between researchers' interpretations and the participants perspectives" (Visse, 2012).

***Member check*:** onderzoeksgegevens worden voorgelegd aan participanten ter validatie van bevindingen (Creswell, 2013).

Memo: memo's bevatten eigen ideeën van de onderzoeker betreffende het onderzoeksproces (Creswell, 2013).

Oppurtunistic sampling: de onderzoeker zich eerst mengt met iedereen die tot de gekozen culturele groep behoort, waarna de onderzoeker (etnograaf) vertrouwt op de opgedane ervaring en op basis van mogelijkheden en de onderzoeksvraag kiest wie nader betrokken wordt voor dataverzameling (Miels & Huberman, 1994 in Creswell, 2013).

Overdraagbaarheid (externe validiteit): "empirical process for checking the degree of similarity between sending and receiving context" (Guba en Lincoln, 1989 in Visse, 2012).

***Peer-review*:** een externe controle van het onderzoeksproces door de onderzoeker te bevragen op methode, betekenissen en interpretaties (Creswell, 2013). In dit onderzoek zijn dat de begeleidende docenten van de opleiding.

Praktijk: Een praktijk kan gezien worden als een combinatie van activiteiten die een bepaald doel uitdrukken. Zo kan een praktijk bestaan uit kleine, dagelijkse handelingen of uit strak georganiseerde institutionele activiteiten (Rouse, 2007). Overeenkomstig is het teleologische karakter van een praktijk en het feit dat men in tijd en ruimte dingen doet en zegt (Schatzki, 2012).

Reflexiviteit: Een houding waarin de onderzoeker zich bewust is van eigen vooronderstellingen, waarden en ervaringen die in het onderzoek worden gebracht, deze worden ter discussie gesteld (Creswell, 2013).

***Thick description*:** Dit is een gedetailleerde beschrijving van de onderzochte praktijk die zicht geven op karakteristieken, handelingen en gedrag én de lokale interpretatie daarvan en die bijdraagt aan de geloofwaardigheid en overdraagbaarheid van het onderzoek (Lincoln & Guba,1985; Van Dalen, 2014).

BIJLAGE 2: DETAILS VERZAMELDE DATA

Data is verzameld van 28 maart tot 20 april 2017

DATASOORT	AANTAL	UREN
Participerende observatie teamoverleg: • FACT-bordoverleg • Themabespreking	7 overlegmomenten van het team bijgewoond	7,25
Participerende observatie (door mee te gaan met zorgverleners die cliënten op locatie of thuis bezoeken.	2 zorgverleners gevolgd	5
Informele gesprekken (individueel)	21 maal een zorgverlener gesproken	Binnen de tijd van de observaties
Informeel gesprek (hele team)	1 maal	Binnen de tijd van de observaties
Interviews	3 zorgverleners	3
Beleidsdocumenten die zijn betrokken	• Modelbeschrijving FACT Jeugd, herziene versie • GGZ Breburg: missie en visie centrum jeugd • GGZ Breburg: Dienst Geestelijke Verzorging • JUZT: Strategie JUZT 2016-2017, Anders denken/ Anders doen. • JUZT: Beleid Geestelijke Verzorging binnen Juzt 2015-2017	

BIJLAGE 3: ZEVEN WAARSCHUWINGSTEKENS

Er is geen goede zorg in organisaties en instituties
Wanneer mensen die zorg nodig hebben uitsluitend worden beschouwd als ongelukkige, kwetsbare en afhankelijke wezens.
Wanneer bij het bepalen van zorgbehoeften geen rekening wordt gehouden met wat de zorgontvanger nodig heeft maar uitgegaan wordt van vaststaande behoeften.
Wanneer zorg wordt beschouwd als een product in plaats van als een proces.
Wanneer zorgontvangers bij het beoordelen van zorg buitengesloten worden omdat ze worden beschouwd als niet deskundig en afhankelijk.
Wanneer er alleen maar aandacht is voor het geven van zorg en niet voor de zorgbehoeften en de verdeling van verantwoordelijkheden.
Wanneer zorggevers organisatorische eisen ervaren als hindernissen voor zorg, in plaats van als ondersteuning bij hun werk.
Wanneer zorggevers in de sociale rangorde een ondergeschikte positie hebben.

Bron: Kanne, M. (2016, p. 48).

BIJLAGE 4: AANBEVELINGEN

Moreel leerproces

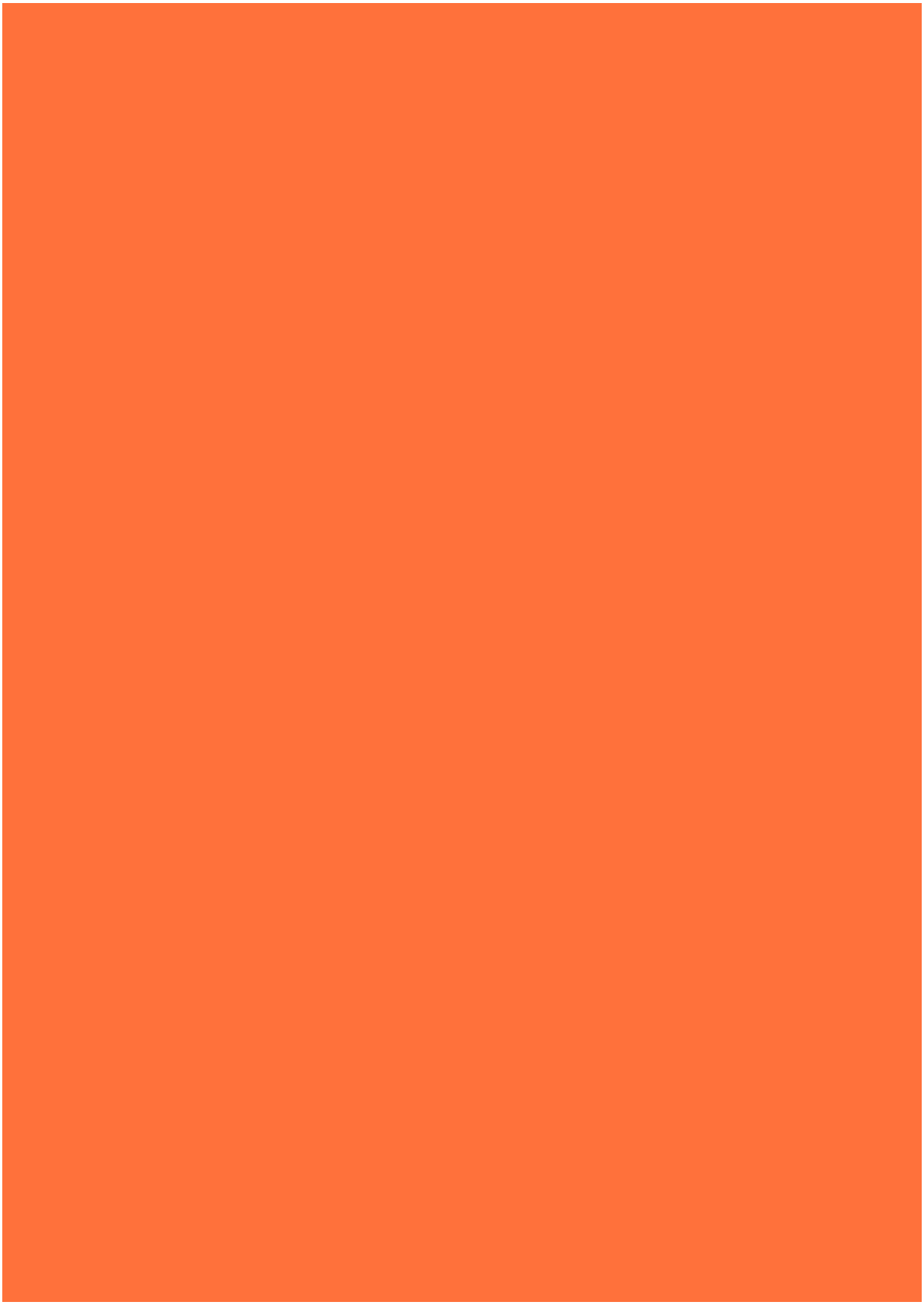
Een eerste aanbeveling betreft het implementeren van een moreel leerproces. Wanneer de organisatie dit wenst, kan door middel van participatief actieonderzoek (PAR) implementatie, reflectie en bijsturing van een moreel leerproces samen met betrokkenen gerealiseerd worden. Het belichaamde ervaringsperspectief zou een plek kunnen krijgen door middel van verschillende methoden die morele reflectie en lichamelijkheid combineren (Baur et al, 2017; Stocker, 2015; Van Dartel, 2014).

Relatie zorgverlener – manager

Uit dit onderzoek blijkt dat veel gewonnen kan worden wanneer de relatie tussen zorgverlener en manager verbetert. Zorgethisch vervolgonderzoek wordt aanbevolen om zicht te krijgen op hoe deze relatie verbeterd kan worden en wat goede zorg voor hen beide behelst.

Omgang met verantwoordelijkheden

Gebleken is dat de omgang met verantwoordelijkheden in deze zorgpraktijk complex is. Thema's zoals zelfopoffering van zorgverleners, afhankelijkheid en kwetsbaarheid alsook de relatie met elkaar en met de manager, vragen allen om een vorm van verantwoordelijkheid die nu onvoldoende ter hand wordt genomen. De organisatie zou er bij gebaat zijn wanneer hierover meer helderheid verkregen wordt. Vervolgonderzoek zou hieraan bij kunnen dragen.

Nieuwe manieren van organiseren

Een laatste aanbeveling betreft het op zoek gaan naar nieuwe manieren van organiseren, die ruimte laat aan flexibiliteit en het ongewisse karakter van zorg. Daarbij is de aanbeveling om dit samen met zorgverleners te doen, omdat belichaamde ervaringsperspectieven van zorgverleners al zicht geven op manieren van organiseren die zowel efficiënt zijn als dat ze passen bij de aard van zorg. Wellicht dat een moreel leerproces hier ook al aanzetten toe geeft.