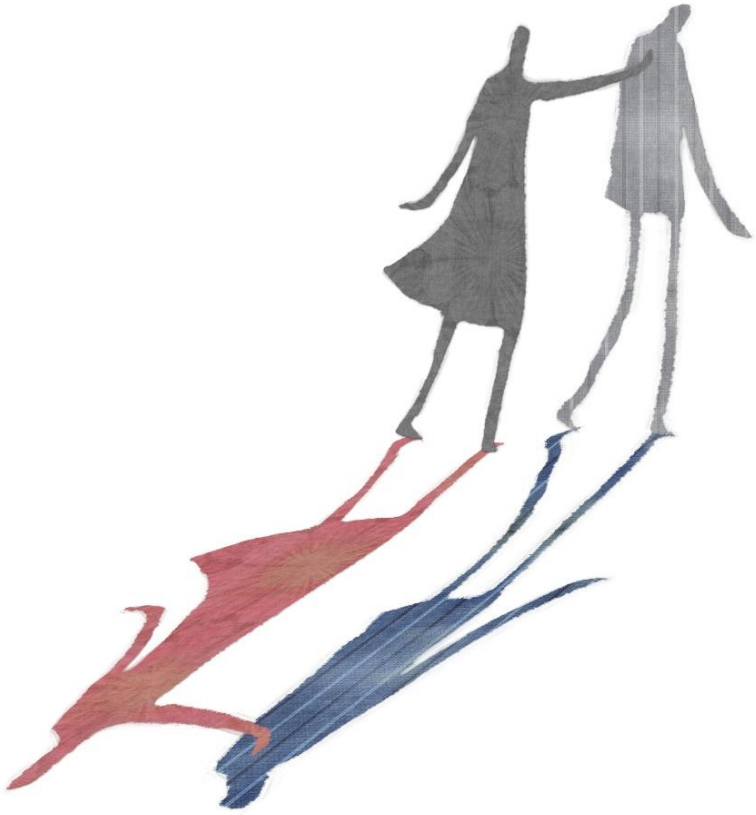
Veranderingen in het verzorgend beroep

Zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaringen rondom het veranderende beroep van verzorgenden in de ouderenzorg



Karlijn Kremer
Studentnummer: 1003194
Eerste lezer en begeleider: Dr. Inge van Nistelrooij
Tweede lezer: Dr. Vivianne Baur
Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget
Opdrachtgever Commissie Ethiek V&VN:
Ankana Spekkink

Masterthesis Zorgethiek & Beleid
Universiteit voor Humanistiek

Dit is m'n geheim
Het is heel eenvoudig
Alleen met het hart kun je goed zien
't wezenlijke is voor de ogen onzichtbaar

Antoine de Saint-Exupéry. (1943) De Kleine Prins

Afbeelding titelpagina: 'Zin in zorg' illustratie van Iris Boter

VOORWOORD

"*One cannot be thought of without the other*" - Paul Ricoeur

Dit onderzoek vormt de afronding van mijn master Zorgethiek en Beleid. Ik kijk terug op een mooi en leerzaam jaar.

Blij was ik toen ik in februari te horen kreeg dat ik mijn afstudeeronderzoek voor de Commissie Ethiek van de beroepsvereniging voor verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (V&VN) mocht schrijven. Sinds mijn bijbaantjes in de ouderenzorg een aantal jaar terug, draag ik deze beroepsgroep een warm hart toe. Ik heb het heel leuk gevonden om voor en met hen dit onderzoek uit te voeren. Graag wil ik de Commissie hier dan ook bedanken voor deze gelegenheid. Ik heb het als leerzaam ervaren om een scriptie niet enkel voor de Universiteit te schrijven, maar ook te werken met een opdrachtgever en daardoor ook na te denken wat mijn onderzoek voor de praktijk zou kunnen betekenen. Specifiek wil ik Jasmijn en Ankana bedanken voor de begeleiding en betrokkenheid vanuit de Commissie. Als alumnistudenten Zorgethiek en Beleid waren jullie niet enkel op de hoogte van de vragen vanuit de Commissie, maar konden jullie ook goed meedenken over een zorgethische invulling van deze opdracht. Ik heb me vanaf het eerste gesprek erg welkom gevoeld en wil jullie graag bedanken voor jullie enthousiasme. Andere waardevolle hulp vanuit V&VN heb ik mogen ontvangen van Marita en Gerda, als bestuursleden van het Platform Verzorgenden. Ik vond het heel fijn dat jullie zowel een inhoudelijk klankboord waren, als dat ik het gevoel had dat ik bij jullie voor veel praktische vragen terecht kon. Zonder jullie was het me bijvoorbeeld nooit gelukt zo'n rijk gevulde focusgroep te organiseren.

Dan wil ik vervolgens natuurlijk alle verzorgenden bedanken die hebben deelgenomen aan het onderzoek! Ik vond het heel leuk en bijzonder om met jullie werk mee te mogen kijken en wil jullie bedanken voor de open gesprekken die we hebben gehad. Ik denk nog regelmatig 's ochtends vroeg of net voor ik ga slapen aan het feit dat ook dan jullie of jullie collega's klaar staan voor alle mensen: betrokken, zorgzaam, met humor, ieder op jullie eigen manier.
Ook de verzorgenden die, soms van meer dan 100 km afstand, zijn afgereisd om mee te kunnen praten in de focusgroep wil ik hier hartelijk voor bedanken.

Ook wil ik de mensen noemen die me bij deze verzorgenden hebben gebracht. Ten eerste wil ik Thijs daarvoor bedanken. Zonder jou had ik nooit zo snel al mijn respondenten kunnen verzamelen. Ook heb ik veel gehad aan ons gesprek over mijn onderzoeksopzet en heb ik je betrokkenheid gedurende het proces zeer gewaardeerd. Ten tweede wil ik hiervoor de districtsdirecteur en haar managementassistente van Careyn bedanken, de zorgorganisatie die mijn onderzoek mogelijk heeft gemaakt. Ik ben hen heel dankbaar voor de bereidheid om mee te doen aan het onderzoek en voor het in contact brengen met de verzorgenden.

Dan zijn er ook nog veel mensen die me hebben geholpen bij het denk- en schrijfproces van mijn scriptie. Ten eerste natuurlijk Inge, mijn begeleider. Ik wil je bedanken voor je enthousiasme en vertrouwen dat je gedurende het onderzoek steeds uitstraalde, voor de tijd en ruimte die je me gaf voor het proces en voor je kritische feedback. Ook Vivianne wil ik bedanken voor het meelezen en meedenken.
Ook waren er veel lieve vrienden, familieleden en betrokken studiegenootjes die hebben geholpen of juist voor gezellige afleiding hebben gezorgd. Specifiek wil ik Thessa hier noemen. Ik ben je super dankbaar voor onze inspirerende gesprekken, behulpzame brainstormsessies en je kritische blik. Ik ben blij dat we elkaar hebben leren kennen dit jaar!

En dan Jurriaan, mijn liefste hoe kan ik je bedanken? Ten eerste wil ik je bedanken voor al je meedenken gedurende mijn studiejaar. Ik vond het heel leuk hoe we onze beide werelden, jij werkzaam als Rijkstrainee bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik als zorgethica in opleiding, in onze gesprekken konden samenbrengen. Maar specifiek wil ik je bedanken voor de laatste maanden van mijn studie, waarin ik steeds maar gefocust was op mijn scriptie. Iedere keer weer was je bereid om te luisteren, te sparren, mee te lezen en vooral bleef je altijd in me geloven, ook als ik dat geloof zelf even kwijt was. Ik kijk er naar uit om mijn afstuderen samen te vieren en dan een nieuwe fase in te gaan in ons mooie huis!

Karlijn Kremer, 27 september 2018

SAMENVATTING

Inleiding: De afgelopen 10 tot 15 jaar is er veel veranderd in de (ouderen)zorg en deze veranderingen zijn ook van invloed op het verzorgend beroep. Hoewel er in de literatuur aandacht is voor de vraag of verzorgenden zich capabel voelen voor de nieuwe taken die ze krijgen toebedeeld, is er tot nu toe weinig aandacht voor de vraag hoe verzorgenden deze veranderingen ervaren en wat dit betekent voor goede zorg. Dit onderzoek is geschreven in opdracht van de Commissie Ethiek van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), omdat zij zich graag laten voeden door ervaringen uit de praktijk bij het opstellen van hun adviezen aan het bestuur van de V&VN.

Hoofdvraag: Of en hoe hebben verzorgenden veranderingen ervaren in hun beroepspraktijk door veranderingen in de maatschappelijke en politieke context, met specifieke aandacht voor de relatie tussen de verzorgende en de zorgontvanger? En wat betekent dit voor goede zorg?

Methode: Er is exploratief, zorgethisch onderzoek uitgevoerd waarbij gebruik gemaakt is van een theoretische verkenning en een narratieve analyse. Het theoretische concept dat centraal staat in dit onderzoek is relationaliteit. De empirische data zijn verzameld door middel van het schaduwen en interviewen van verzorgenden die minstens 10 jaar werkervaring hebben en werkzaam zijn in de ouderenzorg en door het houden van een focusgroep met verzorgenden met dezelfde criteria.

Bevindingen & conclusie: Veranderingen worden per individu verschillend ervaren. Door iedereen wordt een sterke toename in werkdruk en administratielast ervaren. Deze toegenomen werkdruk gaat gepaard met strakke tijdsschema's indicatiestellingen. Er is steeds minder ruimte en tijd om om te gaan met het ongewisse aspect van zorg. Verzorgenden lijken vooral voor dit aspect van verzorgen ruimte te creëren door (nog) harder te werken en soms dingen in hun eigen tijd te doen. Hierdoor vormen zij een onzichtbare buffer tussen de institutionele/politieke context en de zorgontvanger. Dit is zorgethisch problematisch omdat hierdoor de negatieve uitwerking van veranderingen in de inrichting van het zorgproces in de praktijk verhuld blijft en omdat het geen duurzame manier is voor verzorgenden om hun werk te doen terwijl zorgverleners zelf ook waardevolle en kwetsbare mensen zijn.

Verzorgenden blijken ook een veel bredere verantwoordelijkheid te hebben gekregen. Dit duidt erop dat de zorg (op een aantal vlakken) holistischer is geworden. De vraag die in dit onderzoek wordt opgeworpen is echter of verzorgenden ook voldoende in staat gesteld worden om de voordelen hiervan te cultiveren. Daarnaast blijkt ook dat verzorgenden door de

veranderingen soms juist een spagaat ervaren tussen hun eigen (holistische) zorgbeeld en de gefragmenteerde indicatiestelling.

Tot slot kwam in dit onderzoek naar voren dat een deel van de verzorgenden een (groot) verschil ervaart tussen de jonge en de oudere generatie verzorgenden. Dit verschil, dat meerdere oorzaken zou kunnen hebben, wijst erop dat de beroepsgroep van verzorgenden niet als een homogene groep gezien kan worden. Het zou goed zijn als hier meer inzicht in verkregen wordt, om zo beter recht te doen aan de beroepsgroep.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord ... 3
Samenvatting ... 5
Inhoudsopgave ... 7
Hoodstuk 1: Probleemstelling ... 9
1.1 Aanleiding ... 9
1.2 Maatschappelijk probleem ... 9
1.3 Wetenschappelijk probleem ... 17
1.4 Vraagstelling ... 19
1.5 Doelstelling ... 19
Hoofdstuk 2: Verzorgen theoretisch bekeken ... 21
2.1 Relationaliteit in het verzorgend beroep ... 21
2.2 Professioneel verzorgen ... 31
2.3 Maatschappelijke invloeden op het verzorgend beroep ... 33
2.4 Conclusie ... 35
Hoofdstuk 3: Narratieve methode ... 37
3.1 Narratief onderzoek ... 37
3.2 Dataverzameling ... 38
3.3 Data-analyse ... 41
3.4 Sensitizing concepts ... 43
3.5 Ethische overwegingen ... 44
Hoofdstuk 4: Bevindingen ... 46
4.1 Narratief Anne ... 47
4.2 Narratief Richelle ... 50
4.3 Narratief Fleurine: De zorg, daar doe ik het voor! ... 55
4.4 Gedeelde thema's ... 58
Hoofdstuk 5: Discussie ... 67
5.1 De verzorgende als buffer ... 67
5.2 Kijken naar wat er al is ... 69
5.3 Holistischere zorg ... 69
5.4 Heimwee naar hiërarchie ... 73
5.5 Relationele infrastructuren verbeterd? ... 74
5.6 Een nieuwe generatie: vroeger alles beter? ... 75

5.7 Samenvatting 78
Hoofdstuk 6: Conclusie & Aanbevelingen 80
6.1 Conclusie 80
6.2 Aanbevelingen voor de Commissie Ethiek van de V&VN 82
Hoofdstuk 7: Kwaliteit van onderzoek 84
7.1 Geloofwaardigheid 84
7.2 Overdraagbaarheid 86
7.3 Betrouwbaarheid & Transparantie 86
7.4 Interpretatiecriteria 87
Literatuur 88
Bijlage 1: Narratieven 97
1.1 Narratief Eva 97
1.2 Narratief Marieke: Zelfsturendheid 101
Bijlage 2: Analysevoorbeelden 104
2.1 Analysevoorbeeld Anne 104
2.2 Analysevoorbeeld Richelle 113
Bijlage 3: Informatiebrief 123

HOODSTUK 1: PROBLEEMSTELLING

1.1 AANLEIDING

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Commissie Ethiek van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Door het ophalen van verhalen uit de praktijk wil de Commissie Ethiek meer inzicht verkrijgen in de geleefde ervaringen rond het veranderende beroep van verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de ouderenzorg, zodat ze met hun adviezen en producten beter kunnen aansluiten op deze praktijk.

1.2 MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Verzorgenden

Van alle medewerkers in de ouderenzorg vormen verzorgenden met stip de grootste groep (40 procent[1]) (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport [VWS], 2017). Onder verzorgenden reken ik zowel de algemeen verzorgenden als de verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG)[2]. Het beroep van verzorgenden is nu ongeveer 50 jaar oud[3] en heeft zich van jongs af aan bezig gehouden met de dagelijkse zorg voor chronisch en langdurig zieken en heeft daarnaast een grote rol in de basiszorg in ziekenhuizen (Duivesteijn-Ockeloen, 2016).

[1] De zorg voor ouderen speelt zich voor een groot gedeelte af in de traditionele ouderenzorg, ofwel de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Hierin beslaat de groep verzorgenden (inclusief *Verzorgenden Individuele Gezondheidszorg*) ongeveer 40%, de *verpleegkundigen* ongeveer 15% en de *helpenden* ongeveer 7% (Ministerie van VWS, 2017, p. 26).

[2] Verzorgenden IG vallen onder artikel 34 van de wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg wet van 11 november 1993, Stb.655). Dit houdt in dat ze een wettelijk beschermde opleidingstitel hebben, maar dat zij zich niet kunnen registreren in het BIG-register en ook niet onder het tuchtrecht vallen. Verzorgenden algemeen vallen buiten de wet BIG en zijn MBO niveau twee opgeleid (www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving).

[3] Voorheen heetten verzorgenden ziekenverzorgers. In 1963 trad de wet op ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters in werking. Dit was een titelbeschermingswet en geen beroepsbeschermingswet. Sindsdien zijn er veel verschillende opleidingen geweest die opgeleid hebben tot ongeveer hetzelfde beroep, waarbij iedereen een net andere titel en diploma kreeg. (Voorbeelden hiervan die vergelijkbaar zijn met verzorgenden IG zijn ziekenverzorging Middelbaar beroepsonderwijs, sector Dienstverlening en Gezondheidszorg, afdeling Verpleging (MDGO-vp), Middelbaar beroepsonderwijs, sector Dienstverlening en Gezondheidszorg, afdeling gezondheidszorg, lange opleiding Verzorging (MDGO-VZ lang), MDGO-VZ lang (1984-1999), Brancheopleiding Verzorgende D (vanaf 1993) en Verzorgende E, 1996) (Starremans, 2017b, 2017a). Dit heeft de laatste jaren voor veel verwarring gezorgd en voor de vraag vanuit werkgevers voor het om en bijscholen van verzorgenden zodat duidelijk zo zijn waar ze precies bevoegd voor zijn.

Verzorgen wordt vaak gezien als simpel routinewerk, dat ook door leken gedaan zou kunnen worden en dat steeds herhaald moet worden (Van Dartel, 2017; Van der Kooij, 2003). Verzorgen heeft dan ook altijd onderaan de hiërarchische ladder in de gezondheidszorg gestaan (Duivesteijn-Ockeloen, 2016). Deze hiërarchische structuur is erg persistent en zorgt er ook voor dat er binnen het verzorgend beroep altijd een zekere aantrekkingskracht is geweest voor meer medisch-verpleegkundige handelingen, omdat deze hoger op de ladder staan en dus meer status bezorgen (Boeije, 1994; Duivesteijn-Ockeloen, 2016; Van der Kooij, 2003). Van den Brink-Tjebbes benadrukte echter dat verzorgen en verplegen vanuit een holistisch mensbeeld beschouwd hetzelfde wezenskenmerk hebben (Duivesteijn-Ockeloen, 2016). In beide beroepen gaat het volgens haar om de ontmoeting tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. [4] Deze nadruk op verzorgen als relationele activiteit is ook door andere auteurs benadrukt (Boeije, 1994; Hogerheide, Hans en Jongh, 2008; Van der Kooij, 2003). Verzorgen is dus van oudsher een beroep dat zich vooral bezig houdt met de dagelijkse zorg voor mensen, dat weinig maatschappelijke aanzien geniet en een beroep waarin relationaliteit een belangrijke rol inneemt.

Veranderingen in de ouderenzorg

De dubbele vergrijzing[5] en de toename van multimorbiditeit worden al langer gezien en gepresenteerd als een belangrijke noodzaak tot bezuinigingen en hervormingen in de (ouderen)zorg (Ministerie van VWS, 2005, 2013c; Van der Horst et al., 2010). Hiervoor wordt zowel een financiële, als een inhoudelijke reden opgevoerd: de collectieve zorgkosten stijgen harder dan de inkomsten en er is een andere doelgroep ouderen ontstaan die (deels) nog vitaler, welvarender en daarmee redzamer zou zijn dan eerdere generaties ouderen (Ministerie van VWS, 2005, 2014b; Van der Horst et al., 2010). Tegen de achtergrond van het opkomende neoliberalisme zijn waarden als autonomie en keuzevrijheid steeds meer centraal komen te staan. In lijn hiermee wordt gesteld dat mensen ook langer thuis willen blijven wonen (Ministerie van VWS, 2014b). Een belangrijke trend is dan ook de extramuralisering,

[4] Zij was de eerste in Nederland die een wetenschappelijke theorie voor verplegen ontwikkelde. En hoewel haar invloed in de verpleegkunde niet lang standhield heeft ze wel een belangrijke rol gespeeld in de beweging van medisch naar verpleegkundig denken, door niet het ziektebeeld, maar de belemmering in de zelfzorg centraal te stellen (Duivesteijn-Ockeloen, 2016).

[5] Steeds meer ouderen die gemiddeld ook ouder worden.

die sinds 1980 is ingezet en in een versnelling terecht is gekomen ten tijde van het tweede kabinet Rutte (Actiz, 2014).

Het kabinet Rutte II heeft een hervorming van de langdurige zorg ingezet. Deze hervorming moest bijdragen aan kwalitatief betere zorg, een financieel houdbare situatie en een cultuur waarin mensen onderling meer voor elkaar zouden gaan zorgen (Ministerie van VWS, 2013c).[6]

Andere belangrijke ontwikkelingen die zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan zijn onder andere de toename van technische innovatie, de omarming van een nieuwe gezondheidsdefinitie[7], de ontwikkeling van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat', de toename van informele zorg (M; Huber et al., 2011; Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016; Stuurgroep V&V 2020, 2012a) en de verzakelijking van zorg, waarin meetbare zorg steeds meer de norm moest worden (Heyl, 2012). In aansluiting hierop is er de afgelopen tien jaar toenemende aandacht voor de vraag over hoe de beroepsgroep van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten toekomstbestendig kan worden (2020' Stuurgroep 'Verpleging & Verzorging, 2015; M. Lovink; Van Vught, 2017; Ministerie van VWS, 2013b, 2017; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [RVZ], 2008) Dit heeft geresulteerd in nieuwe beroepsprofielen, een nieuwe beroepscode, een hoger opleidingsniveau, en taakherschikking (Stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020'', 2015; Bloemendaal & van der Windt, 2015; M. Lovink; Van Vught, 2017; Mistiaen, Kroezen, Triemstra, & Francke, 2011; RVZ, 2002; VWS, 2017).

[6] Voor de ouderenzorg hield deze stelselwijziging in dat per 1 januari 2015 de thuiszorg bij de verschillende gemeenten werd ondergebracht. De verpleeghuiszorg die eerst via de AWBZ werd betaald werd vanaf toen onderdeel van de Wet Langdurige zorg (www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg).

[7] Huber heeft vanaf 2008 in samenwerking met ZonMW en de Gezondheidsraad onderzoek gedaan naar een nieuwe benadering van het begrip gezondheid (M; Huber et al., 2011; M Huber, 2014).Tot die tijd werd de vrij statische gezondheidsdefinitie van de WHO gebruikt uit 1948. Huber merkte echter op dat lang niet iedereen hieraan kon voldoen en dat deze definitie ook aanleiding was voor medicalisering. Haar definitie luidt: 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' (M; Huber et al., 2011). Hierin stelt ze functioneren, veerkracht en zelfregie centraal. Het functioneren hierin moet worden opgevat als zoveel mogelijk het leven kunnen leiden dat je zou willen leiden. Aan de hand van empirisch onderzoek heeft ze dit concept uitgesplitst in zes hoofddimensies van gezondheid: lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, maatschappelijk participeren, kwaliteit van leven, zingeving en mentaal welbevinden.

Hieronder zal ik kort stil staan bij enkele van deze ontwikkelingen in de ouderenzorg waarvan het aannemelijk is dat het dagelijks werk van verzorgenden erdoor is geraakt.

Van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'

Sinds het begin van deze eeuw is er steeds meer aandacht komen te liggen op de eigen (financiële) verantwoordelijkheid van mensen en hun netwerk. De professionele zorg bleef hiermee voorbehouden voor degenen die dat 'echt nodig' hadden (Ministerie van VWS, 2005; Rutte & Samsom, 2012; RVZ, 2003, 2012; Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015). In de opbouw van de participatiesamenleving en de transitie van de zorg zijn zelfredzaamheid en zelfmanagement een belangrijke focus geworden (Ministerie van VWS, 2014c). Zelfredzaamheid houdt in dat iemand zo lang mogelijk professionele hulp uitstelt, door dingen zelf te doen of zijn sociaal netwerk in te zetten. Bij zelfmanagement staat de keuzemogelijkheid van patiënten, het bevorderen van inspraak en eigen regie centraal. Ook is er veel aandacht voor de kwaliteit van leven van de patiënt en gaat er minder focus naar de ziekte of de aandoening die iemand heeft (V&VN, 2014). In beleid wordt hier vaak naar verwezen als een overgang voor zorgprofessionals van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Voor verzorgenden betekent dit dat ze geacht worden minder taken over te nemen en meer te begeleiden, te ondersteunen en (informele zorg) te coördineren, zoals het Van Kleef Instituut beschrijft (Van Kleef Instituut, n.d).

Veranderingen met betrekking tot de arbeidsmarkt

Sinds 2000 is de mantra van vergrijzing en stijgende zorgkosten steeds reden geweest om te kijken hoe de zorg zo efficiënt mogelijk georganiseerd kan worden. Dit heeft er in geresulteerd dat er steeds minder en minder hoogopgeleid personeel op de werkvoer kwam te staan. Tussen 2000 en 2006 was er vooral een afname in niveau vier verpleegkundigen en niveau drie verzorgenden merkbaar en nam het aantal helpenden (niveau twee) toe (Ministerie van VWS, 2013a; Stuurgroep V&V 2020, 2012b).

In 2009 bracht het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) een signalement uit dat verpleegkundigen en verzorgenden een toenemend aantal dilemma's ervoeren, waarvan een

groot deel voortvloeide uit de bestaande personeelstekorten[8] (Heyl, 2012; RVZ, 2009). Uit ander onderzoek bleek dat bijna de helft van de medewerkers in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) zeven uur per week moest overwerken (Haanstra-Veldhuis & De Zwart, 2013). Verzorgenden gaven aan dat ze graag meer hoger opgeleide collega's wilden, omdat ze nu als eindverantwoordelijken de mogelijkheid tot ruggenspraak misten (Stuurgroep V&V 2020, 2012b). [9]

Toen in 2013 de hervorming van de langdurige zorg en de hiermee gepaard gaande taakstelling werd aangekondigd, was het duidelijk dat ook deze stap een grote invloed zou hebben op de invulling en omvang van de arbeidsmarkt (Ministerie van VWS, 2013a). Zoals verwacht, bleek dit inderdaad een grote afname te betekenen in voornamelijk laagopgeleide medewerkers in de ouderenzorg tussen 2013 en 2015 (Bloemendaal & Van der Windt, 2015; Ministerie van VWS, 2013b, 2014a, 2016). Rond 2016 stabiliseerde de arbeidsmarkt weer en werd er groei voorspeld. Maar ook bij het aantrekken van de markt blijven de lager opgeleide mensen het meest achter. VWS ziet de oplossing in het bij- en omscholen van deze medewerkers (Ministerie van VWS, 2016).

Minder waardering voor verzorgenden?

Door de overgang van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' wordt veel zorg die vroeger onderdeel was van het werk van verzorgenden, tegenwoordig door mantelzorgers en vrijwilligers verleend (Programma Commissie Nationaal programma ouderenzorg, 2018). Dit wordt door de overheid niet slechts als een bezuiniging, maar ook als een inhoudelijke verbetering gepresenteerd. Informele zorg zou warm en nabij zijn (Dronkers & Vosman, 2016). Dronkers en Vosman laten zien dat de consequentie van zo'n argumentatie ook is dat zorgprofessionals weggezet worden als koud en afstandelijk.

Zoals ook besproken bij de veranderingen op de arbeidsmarkt, gaat de toenemende focus op informele zorg en de steeds complexere hulpvragen gepaard met een afname in de vraag naar

[8] Zo stond meer dan de helft van de zorgverleners minstens één keer per week voor de vraag om over te werken in verband met onderbezetting op hun afdeling.
[9] In 2012 bleken veel instellingen 20 procent verzorgenden te hebben en 80 procent helpenden of leerlingen.

lager opgeleide zorgverleners (Bloemendaal & Van der Windt, 2015; Ministerie van VWS, 2014a, 2016). In mijn oriënterende gesprek met het Platform Verzorgenden V&VN merkten zij hierover op dat beleidsmakers hierbij verschillende groepen over één kam scheren en te snelle conclusies trekken. In beleid wordt volgens hen terecht gewezen op de toenemende complexiteit. Ze delen ook de conclusie dat helpenden en verzorgenden niveau twee hierdoor niet meer in staat zijn om aan deze zorg te voldoen. In beleid wordt deze redenering echter vaak doorgetrokken naar de conclusie dat er meer ingezet moet worden op verpleegkundigen niveau vier. In de ogen van het Platform Verzorgenden wordt hier voorbij gegaan aan de kennis en capaciteit van de verzorgenden niveau drie. Ze voelen zich onterecht overgeslagen.

Opmerkelijk is ook het gegeven dat maatschappelijk aanzien van verpleegkundigen continu stijgt, terwijl het aanzien van de groep lager opgeleide verzorgers gelijk is gebleven in de afgelopen jaren (Córvers, Mommers, Van der Ploeg, & Sapulete, 2017). Binnen het verzorgend beroep zijn het ook (nog steeds) de medische handelingen die verzorgenden meer status verlenen dan de meer zorgende handelingen (Francke, n.d.). Al met al lijkt vooral het zorgende aspect van verzorgenden, het niet-medische onderdeel van het verzorgend beroep, maatschappelijk en politiek minder gewaardeerd te worden dan voorheen.

Registratiegekte: Roep uit de samenleving

Vanuit verschillende beroepsgroepen in de zorg wordt er de laatste jaren een toename aan administratielast gerapporteerd (Heyl, 2012; Hogerheide, Hans en Jongh, 2008). Systemen die opgezet zijn om kwaliteit te waarborgen en transparantie te bevorderen, worden op de werkvloer als beklemmend en verstikkend ervaren. Vanuit de samenleving en beroepsgroepen klinkt dan ook een duidelijke roep om aandacht hiervoor. Voorbeelden hiervan zijn het manifest van Hugo Borst en zijn vrouw Carin Gaemers waarin zij in tien concrete punten vragen om verbeteringen in de zorg door onder andere meer bezetting en minder regeldruk, de actie ‘Het Roer Moet Om’ waarin 8000 huisartsen aandacht vragen voor de doorgeschoten bureaucratie en regellast in de huisartsenzorg (www.hetroermoetom.nu), de campagne ‘Minder regelgekte meer zorg’ van GGZ Nederland (www.regelgekte.nl/), de actiedag van V&VN tegen onnodige administratie (V&VN, 2017) en de actie ‘(Ont)Regel de Zorg’ van de Vereniging van Artsen Automobilisten (VvAA; Collectief voor zorgverleners in Nederland (www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg)).

In het voorjaar van 2018 zijn er vanuit het (Ont)Regel de Zorg-traject ook verschillende schrap- en verbetersessies geweest voor verschillende beroepsgroepen waar meer dan 200 zorgprofessionals en andere betrokkenen aan hebben deelgenomen. In vervolg hierop kwam het ministerie van VWS afgelopen mei met een actieplan '(Ont)regel de zorg', waarin ze de regie willen nemen in dit sectoroverstijgende vraagstuk over administratielasten in de zorg. Dit doen ze door de verschillende initiatieven te faciliteren en te monitoren. Hierbij leggen ze nadrukkelijk de kwaliteitsbeoordeling van de voortang bij de professionals en de patiënten (Ministerie van VWS, 2018).

Persoonsgerichte zorg: hernieuwde belangstelling voor relationaliteit?

Tussen 2011 en 2012 bezocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)[10] alle verzorgings- en verpleeghuizen en constateerde dat de zorginhoudelijke veiligheid zoals het medicatiebeleid, het werken met zorgplannen en de bezetting, over het algemeen ondermaats was (IGZ & Ministerie van VWS, 2014). Dit rapport was mede aanleiding voor de start van het programma 'Waardigheid en trots', een programma om de kwaliteit van verpleeghuiszorg te versterken. Een belangrijk uitgangspunt in dit programma is dat de relatie tussen cliënt, naasten en professional centraal moet staan (Ministerie van VWS, 2015).

Onderdeel van dit programma was ook de opdracht aan partijen uit het veld om tot een nieuw kwaliteitskader te komen. Toen de partijen hier samen niet uit kwamen, is deze opdracht overgenomen door het Zorginstituut, wat in 2017 resulteerde in een nieuw kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Zorginstituut, 2017). Dit is een uitgebreid rapport dat in overleg met verschillende partijen geschreven is en beschrijft wat zorgontvangers en naasten van verpleeghuiszorg mogen verwachten.[11] Dit rapport neemt de cliënt als vertrekpunt en als maatstaf voor goede zorg. Er wordt in dit rapport gesproken over liefdevolle, persoonsgerichte en kwalitatief goede zorg voor ouderen. Onder persoonsgerichte zorg wordt verstaan dat de cliënt wordt gezien als 'een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en

[10] Sinds 2017 is de IGZ gefuseerd met de Inspectie voor Jeugdzorg en heet tegenwoordig Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (www.skipr.nl/actueel/id32092-even-wennen%3B-igz-heet-voortaan-igj.html).
[11] Dit kader is opgenomen in het register van het Zorginstituut en vormt daarmee de wettelijke basis voor de verpleeghuiszorg. Mede hierom heeft het Kabinet twee miljard euro vrij moeten maken om de verpleeghuiszorg te verbeteren.

eigen doelen.' (Zorginstituut, 2017, p. 9). Vervolgens wordt ook het belang van de relatie voor goede zorg benoemd: 'Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg.' (Zorginstituut, 2017, p. 9).

De vier richtinggevende thema's in het nieuwe kwaliteitskader zijn compassie, uniek zijn, autonomie en zorgdoelen. Compassie gaat over een houding van nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip. Uniek zijn gaat over het erkennen van iedere cliënt als mens, als een persoon in een eigen context met een eigen identiteit. Autonomie gaat over het hebben van eigen regie. Tot slot heeft iedere cliënt recht op vastgelegde afspraken over- en inspraak bij doelen over zijn of haar zorg. Hierbij valt het op dat in alle vier de thema's voornamelijk de cliënt centraal lijkt te staan en de relatie vooral wordt gezien als een middel om goede, persoonsgerichte zorg te bereiken. Steeds meer zorginstellingen en -organisaties houden zich bezig met het organiseren van persoonsgerichte zorg, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de website van het onderzoekinstituut Trimbos (www.trimbos.nl/themas/dementie/persoonsgerichte-zorg/).

De beroepspraktijk van verzorgenden in verandering

Uit bovenstaande blijkt dat relationaliteit van oudsher een belangrijk thema was voor het verzorgend beroep, maar dat dit lange tijd niet in het beleid is terug gezien. In plaats daarvan stond de maatschappelijke discussie over de (ouderen)zorg in het teken van marktwerking, veiligheid en efficiëntie en zijn de taken van verzorgenden steeds medischer geworden (Stuurgroep V&V 2020, 2012b). De laatste jaren lijkt relationaliteit door burgerinitiatieven, bewegingen vanuit verschillende branchеverenigingen, met de komst van het nieuwe kwaliteitskader en het nieuwe kabinet weer meer aandacht te krijgen. Het is echter goed voorstelbaar dat deze hernieuwde aandacht voor relationele zorg zich spanningsvol verhoudt met de eerdere veranderingen die hebben plaatsgevonden in de ouderenzorg. Ook is het aannemelijk dat de komst van meer mantelzorgers van invloed is op de rol en positie van de verzorgenden en lijkt de maatschappelijke waardering van verzorgenden verminderd te zijn.

Alles bij elkaar is het een belangrijke en actuele vraag wat al deze ontwikkelingen voor verzorgenden dagelijks op de werkvloer betekenen en hoe deze van invloed zijn op de zorg die zij kunnen leveren. De vraag die in deze thesis centraal zal staan is dan ook of en hoe verzorgenden die werkzaam zijn in de ouderenzorg veranderingen ervaren in hun beroepspraktijk. Hierbij zal er specifiek gelet worden op de relatie tussen de verzorgende en de zorgontvanger en wat dit betekent voor goede zorg.

1.3 WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM

Een eerste constatering bij het verdiepen in de wetenschappelijke literatuur over verzorgen is het feit dat die er maar zeer beperkt is. Dit terwijl het verzorgenden zijn die het meest direct contact hebben met de zorgvragers en mantelzorgers, ze veruit de grootste groep zorgverleners vormen die werkzaam zijn in de ouderenzorg (Joldersma, Laarma - Wierenga, & Brink, 2017; Ministerie van VWS, 2017) en de (kwaliteit van de) ouderenzorg een actueel en veel besproken thema is. Dit is mogelijk (deels) te verklaren door het gegeven dat dit beroep in andere landen niet op deze manier bestaat (Mistiaen et al., 2011, p. 108), maar zou ook een gevolg kunnen zijn van de maatschappelijke overtuiging dat verzorgen een relatief eenvoudige bezigheid is die zich bovendien moeilijk laat onderscheiden van het werk van leken (Van Dartel, 2017; Van der Kooij, 2003).

De literatuur die wel beschikbaar is, beschrijft verzorgen als een activiteit die draait om afstemming op de ander, om relationaliteit en om liefdevolle aandacht (Boeije, 1994; Jukema, 2011; Van der Kooij, 2003). In het theoretisch kader zal ik dan ook een aantal theorieën uitwerken die relationaliteit centraal stellen, om verder te verkennen wat het betekent als verzorgen opgevat wordt als relationele activiteit.

Over de spanningsvolle verhouding tussen het relationele aspect van verzorgen en de institutionele invloeden, zoals in paragraaf 1.2 (het maatschappelijk probleem) besproken, is ook (beperkt) en nauwelijks recent geschreven (Baart & Grypdonck, 2008; Boeije, 1994; Morée & Vulto, 1997; Van Heijst, 2005; Van Heijst & Vosman, 2010). In het licht van de actuele beleidsveranderingen is het echter goed voorstelbaar dat deze spanning, tussen enerzijds een relationele benadering en anderzijds een bedrijfsmatige aansturing van zorg, weer andere vormen heeft aangenomen en dat dit invloed heeft op het dagelijks werk van verzorgenden en daarmee op de kwaliteit van zorg. Opmerkelijk is het dan ook dat er weinig recent onderzoek lijkt te zijn naar de ervaring van verzorgenden met deze veranderingen.

Er is recent wel beperkt onderzoek gedaan naar verzorgenden met betrekking tot de veranderingen in de zorg, maar dit richtte zich over het algemeen op de benodigde (nieuwe) competenties van verzorgenden in verband met deze veranderingen. Zo zijn er verschillende onderzoeken gedaan om de nieuwe beroepsprofielen op te kunnen stellen (Kaljouw & Van Vliet, 2015; Peters, Westerbee, & Tji, 2014; Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015; Stuurgroep V&V 2020, 2012b), zijn er kwantitatieve onderzoeken geweest om uit te vragen of verzorgenden zich competent genoeg voelen voor deze nieuwe manier van werken en voor hun nieuwe taken (De Veer, A. J. E. & Francke, 2013; Francke & Poortvliet, 2004; Maurits, Veer, & Francke, 2016; Maurits, De Veer, & Francke, 2015) en heeft het Van Kleef Instituut kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van verzorgenden met de veranderingen naar aanleiding van de hervorming (Van Kleef Instituut, niet gepubliceerd).[12] Maar ook dit kwalitatieve onderzoek was gericht op het in kaart brengen van de ondersteuning bij de nieuwe competenties en had dus een erg praktische invulling, gericht op het verbeteren van de ingeslagen richting. De meer fundamentele en ethische vraag, wat al deze veranderingen in het verzorgend beroep voor de

[12]Ik heb met de programmamaakster van dit onderzoek gesproken en inzicht gekregen in hoe het onderzoek is uitgevoerd. De conclusies en samenvattingen waar ik nu naar verwijs zijn wel openbaar gemaakt op de website (Skipr redactie, 2018).

verzorgenden zelf betekend hebben, hoe het beroep van verzorgenden hiermee eventueel in verandering is en hoe dit van invloed is op de zorg die zij verlenen, krijgt hierin geen aandacht. Een uitzondering hierop vormt het boekje 'Wie zorgt er straks voor mij?'(Hogerheide, Hans en Jongh, 2008). Hierin zijn ervaringsverhalen door de ogen van verzorgenden opgetekend in verschillende portretten. Dit boekje is echter in 2008 gepubliceerd en gezien de enorme hoeveelheid veranderingen die sindsdien hebben plaatsgevonden, is het aannemelijk dat het daarin geschetste beeld niet meer actueel is.

1.4 VRAAGSTELLING

Volgend uit bovenstaande probleemstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Hoofdvraag

Of en hoe hebben verzorgenden die al langere tijd werkzaam zijn in de ouderenzorg veranderingen ervaren in hun beroepspraktijk door veranderingen in de maatschappelijke context, met specifieke aandacht voor de relatie tussen de verzorgende en de zorgontvanger, en wat betekent dit voor goede zorg?

Deelvragen

- Wat zeggen de theorieën van menslievende zorg, presente zorg, bewarende zorg en het maieutisch zorgconcept over relationaliteit, over professioneel verzorgen en over de invloed van de maatschappelijk context op het verzorgend beroep?
- Of en hoe ervaren verzorgenden, die al langere tijd werkzaam zijn in de ouderenzorg, een verandering in hun beroepspraktijk door de tijd heen en hoe verhouden ze zich daartoe?
- Wat betekenen deze ervaringen uit de empirie voor goede zorg, vanuit zorgethisch perspectief bekeken?

1.5 DOELSTELLING

Dit afstudeeronderzoek heeft als primaire doelstelling het inzichtelijk maken van de ervaringen uit de praktijk van verzorgenden rondom de verschuivingen in het verzorgende beroep voor de Commissie Ethiek van de V&VN. Hierbij hoopt het onderzoek indirect ook bij te dragen aan goed aansluitende adviezen en producten van de Commissie Ethiek voor deze beroepsgroep. Daarnaast hoopt dit onderzoek te helpen bij het (verder) expliciteren van de

beroepsidentiteit van verzorgenden en hiermee een steentje bij te dragen aan de missie van de V&VN, om hun beroepsgroepen in staat te stellen hun beroep met trots, passie en professioneel uit te oefenen (www.venvn.nl/V-VN). Tot slot hoopt dit onderzoek een bescheiden bijdrage te leveren aan het kennisgebied van de zorgethiek.

HOOFDSTUK 2: VERZORGEN THEORETISCH BEKEKEN

> 'Je hoort mensen wel eens zeggen dat verzorgen eentonig werk is. Het ligt er maar net aan welke bril je opzet. Je kunt er naar kijken door de bril van handelingen. Dat levert een beeld op van mensen uit bed halen, wassen aankleden, elke dag opnieuw. Zet je de bril van de ontmoeting op, dan krijg je een heel ander beeld.' (Hogerheide, Hans en Jongh, 2008, p. 97).

In dit hoofdstuk zal de tweede deelvraag worden beantwoord: Wat zeggen de theorieën van menslievende zorg, presente zorg, bewarende zorg en het maieutisch zorgconcept over relationaliteit, over professioneel verzorgen en over de invloed van de maatschappelijk en politiek context op het verzorgend beroep?

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat relationaliteit een centraal en belangrijk begrip is in de verpleegkundige en zorgethische theorie over verzorgen. Ook kwam daar naar voren dat er veel beleidsveranderingen zijn geweest die van invloed zijn op de invulling van het verzorgend beroep en dat de toenemende aandacht voor mantelzorg en de verzwaarde zorgvraag de positie van verzorgenden zoals hij lange tijd is geweest onder druk zet. Tot slot zijn er een aantal maatschappelijke tendensen besproken zoals opkomende marktwerking in de zorg, kwaliteitsmetingen en bedrijfsmatige logica die zich spanningsvol verhouden tot het relationele aspect van verzorgen. In dit hoofdstuk zal ik op deze drie thema's verder ingaan.

2.1 RELATIONALITEIT IN HET VERZORGEND BEROEP

Persoonsgerichte zorg?

Zoals aangekondigd zal ik vijf theorieën bespreken waarin relationaliteit een belangrijke rol speelt, te weten het maieutisch zorgconcept, belevingsgerichte zorg, menslievende zorg, presente zorg en bewarende zorg (Baart & Grypdonck, 2008; Jukema, 2011; Pool, Mostert, & Schumacher, 2003; Van der Kooij, 2003; Van Heijst, 2005). Dit zijn zorgvisies die sinds de jaren '90 zijn ontwikkeld en waarin naast relationaliteit ook veel aandacht is voor de zorgontvanger als uniek individu. Van der Cingel en Jukema stellen dat deze theorieën vallen onder de parapluterm persoonsgerichte zorg (Van der Cingel & Jukema, 2014, p. 3). Persoonsgerichte zorg heeft volgens Jukema en Cingel drie kernelementen: de zorgverlener als uniek persoon (1), de relatie tussen een oudere en zorgverlener (2) en de zorgcontext (3)

(Van der Cingel & Jukema, 2014, p. 10).

Voor ik op de verschillende theorieën in ga, zal ik eerst kort uiteenzetten waarom ik ervoor kies om deze parapluterm niet over te nemen. Ten eerste ben ik van mening dat de stelling dat de verschillen tussen de theorieën 'meer gradueel dan fundamenteel van aard zijn' (Jukema, 2011, p. 138), geen recht doet aan de opvattingen van de verschillende auteurs en hun onderlinge kritiek. Ten tweede is persoonsgerichte zorg ook een term die inmiddels in veel zorgbeleid en in het nieuwe kwaliteitskader terugkomt, maar lijkt deze term niet bij iedereen hetzelfde te betekenen. Zo valt bijvoorbeeld op dat in beleid vooral benadrukt wordt dat de zorgontvanger gezien moet worden als een uniek persoon en lijkt er minder oog te zijn voor de professional zelf als uniek persoon en voor datgene wat er zich tussen deze mensen afspeelt. Hiermee wordt mijn inziens voorbij gegaan aan de opvatting over relationaliteit zoals die bijvoorbeeld in de menslievende zorg naar voren komt. Een uitgebreide studie naar de invulling van het begrip persoonsgerichte zorg in beleid of de praktijk valt helaas buiten de scope van dit onderzoek, maar om verwarring te voorkomen is er gekozen niet met deze term te werken.

Hieronder zal ik eerst kort verkennen wat de vijf theorieën over relationaliteit schrijven en hoe die zich tot elkaar verhouden. [13] Ik zal uitgebreider stil staan bij de menslievende zorg van Van Heijst. Zij reageert in haar theorie op de eerdere auteurs en biedt in mijn ogen een nauwkeurig en zorgethisch perspectief op zorg dat goed toepasbaar is op verzorgen. Voor een overzicht van de verschillende visies en hun standpunten, zie tabel 1 (deze tabel is geïnspireerd op het overzicht van Van der Clinger en Jukema, maar aangepast voor dit onderzoek (Van der Cingel & Jukema, 2014, p. 15)).

[13] Niet alle visies richten zich specifiek op verzorgenden, maar zijn soms ook geschreven voor en over verpleegkundigen. Ik sluit me echter aan bij Van den Brink-Tjebbes en Van Heijst die stellen dat zorgprofessionals juist dit relationele aspect wat draait om ontmoeting delen (Van den Brink-Tjebbes in Duivesteijn-Ockeloen, 2016; Annelies van Heijst, 2005). Ik denk dan ook dat ook de inzichten van verpleegkundige theorieën over relationaliteit behulpzaam kunnen zijn om over het verzorgend beroep te denken.

	Maieutischzorgconcept (Van der Kooij, 2003)	**Belevingsgerichte zorg** (Pool et al., 2003)	**Menslievende zorg** (Van Heijst, 2005, 2011)	**Presente zorg** (Baart, 2001; Baart & Grypdonck, 2008; Timmermann, 2010)	**Bewarende zorg** (Jukema, 2011; Van der Cingel & Jukema, 2014)
Doelgroep	verpleeghuisbewoners met dementie	chronische zieken die lijden aan somatische aandoeningen en die zelfstandig wonen	zieken die zijn aangewezen op professionele zorg	zieken die zijn aangewezen op verpleegkundige zorg	verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen
Kernwoorden/ uitgangspunten goede zorg	-hanteren van gevoelens -steun bij adaptatie (betekent voor verzorgenden meer emotionele en intuïtieve kanten van werk ontwikkelen)	bevorderen van autonomie	-vakkundige beschikbaarheid -de ander als uniek mens opmerken -de ander laten weten en voelen dat hij voluit telt -ontvankelijk zijn	-iemand bijstaan in zijn lijden en niet alleen laten	-verpleeghuisbewoner in deze gemeenschap erkennen in uniciteit -behouden wat voor deze persoon in deze situatie van belang is
Relationaliteit	- ontstaat automatisch door frequent contact - gaat om communicatie	de relatie is het ‘voertuig’ waarmee belevingsgerichte	-nadrukkelijk niet instrumenteel opgevat, maar in zichzelf betekenisvol voor beide partijen	- vertrekkend vanuit de vraag wie je als professional in een specifieke situatie voor	zorg starten vanuit het perspectief van deze persoon in déze situatie

	- vraagt authentiek en creatieve verzorgenden	zorg wordt gerealiseerd	- inherent ongewis - wederzijds	iemand kan zijn en niet al starten met wat je kan doen - wederzijds	
Informeel versus mantelzorgen	-de verzorgende moet altijd onthouden dat zij geen privépersoon is - de verzorgende moet altijd onthouden dat ze altijd inwisselbaar is -de verzorgende moet grenzen kunnen hanteren tussen betrokkenheid en afstand		-het bewust beschikbaar zijn voor de onbekende ander -goede voor de ander heeft voorrang, maar loopt ook congruent met goede voor zorgverlener	-goede voor de ander heeft voorrang in de asymmetrische relatie - het bewust beschikbaar zijn voor de onbekende ander, zonder deze zelf verkozen te hebben	
Invloeden uit maatschappij die op gespannen voet staan met goed verzorgen	routinematige en gestandaardiseerde werkcontext is belemmerend voor goed verzorgen		-nadruk op grip en controle -ook oog voor de waarde van geïnstitutionaliseerde context van zorgen als corrigerende werking op menselijke afkeer of verkeerde inschattingen)	kwaliteitsverhoging als meer *evidence based*, standaardisering, focus op uitkomsten en professionalisering	nadruk *evidence based* handelen en standaardisering

Tabel 1: Overzicht van vijf theorieën over relationaliteit

Maieutisch zorgconcept, belevingsgerichte zorg & bewarende zorg

In het maieutisch zorgconcept wordt goed verzorgen gezien als het liefdevol aanwezig zijn bij de ander, open en betrokken zijn en weten wat je moet doen en moet zeggen (Van der Kooij, 2003, p. 16). Hiervoor is het nodig dat de verzorgende een betrokken en ontvankelijke houding heeft, authentiek is, creatief kan reageren en recht doet aan de uniciteit van het moment. Als een verzorgende dat doet, ontstaat er volgens Van der Kooij automatisch een zorgrelatie. Dit komt omdat er bij de verzorging altijd sprake is van afstemming en als deze afstemming zich frequent herhaalt, dit als vanzelf tot vertrouwdheid leidt (Van der Kooij, 2003, p. 36). Hoe langer zo'n relatie duurt, hoe meer het gevoel van vertrouwdheid zal toenemen. Ook benoemt ze dat het hierbij niet alleen gaat om de belevingswereld van de verzorgde, maar ook om de belevingswereld van de verzorgende.

Pool, Mostert & Schumacher (2003) hebben ook een eigen zorgconcept ontwikkeld voor verzorgenden en verpleegkundigen, waarin relationaliteit centraal staat. De relatie wordt hierin voorgesteld als het middel om tot belevingsgerichte zorg te kunnen komen. Een goede relatie is een relatie die zowel de verzorgende als de zorgontvanger positief waarderen. Om hiertoe te komen is een model ontwikkeld waarin een stappenplan is opgenomen en systematisch te werk wordt gegaan. Het belangrijkste doel in dit zorgconcept is het verhogen van de kwaliteit van leven van de zorgontvanger door het respecteren en herstellen van iemands autonomie. Onder autonomie verstaan zij de zeggenschap die iemand heeft over zijn situatie en het feit dat iemand kan leven op een manier die bij zijn levensovertuiging past (Pool et al., 2003, p. 77). Deze manier van kijken lijkt ook terug te komen in het huidige beleid waarin afgestemde zorg wordt voorgesteld als de manier om tot meer zelfmanagement en eigen regie te komen.

De bewarende zorg is een recentere zorgvisie die zich voor een groot deel baseert op het werk van Ruddick (1995).[14] Relationaliteit in deze visie heeft tot doel om datgene te continueren en behouden wat voor deze persoon in deze situatie van belang is, over het erkennen van een persoon in zijn uniciteit (Jukema, 2011).

[14] Ruddick onderscheidt verschillende doelen van moederen: beschermen, ontwikkelen en het in sociaal opzicht acceptabel laten functioneren. Jukema heeft zijn theorie gebaseerd op het concept van beschermen. Ruddick noemde dit ook wel '*preservative love*'. De bewarende zorg is dus eigenlijk een recente uitwerking van dit oudere concept (Jukema, 2011, p. 48; Ruddick, 1995, pp. 17–24).

Presente zorg

De theorie van presentie is geschreven door Baart (2001). Samen met Grypdonck heeft Baart gekeken wat deze theorie kan betekenen voor de verpleegkunde (Baart & Grypdonck, 2008). Presente zorg start met een beweging naar de patiënt en diens leefwereld toe. Pas door het aandachtig en toegewijd aangaan van een betrekking blijkt wie de hulpverlener voor de ander kan zijn. Er wordt echter ook benadrukt dat er in de relatie een wederkerigheid ontstaat welke van groot belang is voor goede zorg (Baart & Grypdonck, 2008, p. 92). Deze wederkerigheid blijkt uit het feit dat beide partijen aandachtig en bezorgd zijn voor elkaar en dat de zorgontvanger zo ook de mogelijkheid krijgt om iets terug te doen. Een zorgrelatie is daarmee niet enkel een instrument voor goede zorg, maar goed in zichzelf, omdat het voor beide partijen betekenisvol is (Baart & Grypdonck, 2008, p. 98). De aandacht en de zorg die uiteindelijk gegeven wordt, richt zich op het hele leven van de patiënt en niet enkel op het 'kapotte onderdeel'. Deze relatie is in de presentietheorie ook van grote waarde omdat het iets van de eenzaamheid weg kan nemen die het lijden kan creëren. In de zorgrelatie wordt iemand in zijn nood niet verlaten. Soms betekent dat, dat er iets gedaan wordt, maar soms ook dat er juist iets gelaten wordt. Baart richt zich specifiek op zorg voor zeer kwetsbare mensen en maakt inzichtelijk dat de uniciteit van iemand die afhankelijk is eerder onder druk komt te staan dan in symmetrische relaties.

Menslievende zorg

Menslievende zorg is een ethische visie op professionele zorg in de cure en care waarin het relationele aspect van zorgen een belangrijke rol speelt en goed doordacht is. Voor haar analyse maakt Van Heijst onder andere gebruik van inzichten uit het denken van Arendt over de menselijke conditie en de presentietheorie van Baart. Met betrekking tot relationaliteit reageert Van Heijst ook op Van der Kooij en Pool et al.

Van Heijst ziet zorgen als een specifiek soort activiteit die verder gaat dan het verrichten van fysieke en instrumentele handelingen. Om dit duidelijk te maken gebruikt ze het onderscheid van Arendt tussen drie vormen van menselijke activiteiten: 'arbeiden', 'maken' en 'handelen'

(Van Heijst, 2005, p. 91).[15] 'Arbeiden' betreft alle activiteiten om onszelf als mens in leven te houden. Dit zijn activiteiten die duidelijk maken dat we in verbinding staan met het biologische leven en die steeds opnieuw gedaan moeten worden, zoals eten. 'Maken' betreft daarentegen activiteiten waarbij mensen dingen aan het leven onttrekken en artificiële dingen toevoegen aan de wereld. Denk hierbij aan het maken van meubels waarvoor bomen worden gekapt. 'Handelen', tot slot, is de enige activiteit die we als mensen in onderlinge relatie doen. Het doel van 'handelen' is verwerkelijkt in het 'handelen' zelf, in de menselijke interactie (Van Heijst, 2005, p. 88).

Van Heijst neemt ook de notie van Arendt over dat ieder mens zowel gelijk is, als ook uniek. Van Heijst noemt deze twee menselijke condities 'gelijkheid qua overeenkomstigheid' en 'gelijkheid qua uniekheid' (Van Heijst, 2005, p. 98). Door onze overeenkomsten kunnen we communiceren, elkaar begrijpen en kunnen we voorstellen waar de ander behoefte aan zou hebben. Ieder mens is echter ook uniek. In 'handelen' toont zich die andersheid en verschijnen mensen als een 'wie' aan elkaar. Ieder mens kan bovendien een nieuw begin maken. Dit heeft tot gevolg dat handelen inherent ongewis is.

Zorgen ziet Van Heijst als een vorm van 'handelen'.[16] Ze geeft aan dat (ver)zorgen in veel opzichten op 'arbeiden' lijkt en dat het zelfs aspecten van 'maken' in zich heeft, aangezien het vaak wordt gedaan naar een voorgegeven model. Deze 'arbeidende' en 'makende' activiteiten staan echter niet op zichzelf: 'Ze krijgen betekenis door het overkoepelende kader van de intermenselijke zorgbetrekking en dat is een betrekking die vorm krijgt door handelen. (...) De professionele zorgverlener treedt zo op dat zorgontvanger kan verschijnen als een uniek iemand en mee sturing kan geven aan het gebeuren, dat vormt de brede horizon van handelen, waartegen alles wat ze doen betekenis krijgt.' (Van Heijst, 2005, pp. 109–110). Dit intrinsiek relationele aspect van verzorgen is in haar ogen de reden dat zorgen zowel moeilijk is als veel

[15] Dit is de vertaling die Van Heijst gebruikt voor de engelse termen ' *labor, work and action*'. Omdat deze Nederlandse woorden in het dagelijks leven ook veel in een andere betekenis worden gebruikt zet Van Heijst ze bewust tussen aanhalingstekens als ze verwijst naar de Arendtiaanse opvatting van deze woorden. Ik zal dit voor de helderheid ook overnemen.

[16] Hiermee gaat ze in tegen de opvatting van Arendt zelf, die zorgen zag als een noodzakelijk kwaad om in leven te kunnen blijven. Van Heijst beargumenteert echter dat ogenschijnlijk circulaire en routinematige handelingen vol zitten vol kleine transformaties van herstel en groei en van verval en aftakeling. Ze stelt dat juist in die transformaties het leven zich voltrekt en niet daarbuiten (Van Heijst, 2005, p. 94).

voldoening kan geven. Dit is voor Van Heijst ook een belangrijk argument waarom verzorgen een hoger maatschappelijk aanzien zou moeten krijgen.

Arendt ziet het communiceren van lichamelijke behoeftes niet als ‘handelen’. Het draagt in haar visie dus niet bij aan zelfexpressie. Van Heijst ziet deze lichamelijke behoeftes wel als onderdeel van zelfexpressie. Ook de manier waarop iemand zijn behoeftigheid beleeft, er uitdrukking aan geeft en ook hoe mensen hierop in gaan, zijn volgens Van Heijst te begrijpen als zelfexpressie. De zorgbetrekking ontstaat dan ook langs de weg van het concrete alledaagse zorgen (Van Heijst, 2005, p. 100).

Van Heijst gaat aan de hand van haar lezing van de presentietheorie verder in op de rol van behoeftigheid in de zorgrelatie en maakt een conceptueel onderscheid tussen twee vormen van behoeftigheid in de zorgrelatie. Ten eerste noemt zij de ongelijke oppervlaktestructuur van behoeftigheid. Hiermee doelt ze op het feit dat dat de zorgrelatie altijd start met een asymmetrische verhouding tussen de zorgontvanger en de zorgverlener, omdat de zorgontvanger ergens behoefte aan heeft waar hij of zij zelf niet in kan voorzien. In de presentietheorie is hier veel aandacht voor. Van Heijst stelt echter dat in de zorgrelatie ook een behoeftigheid is verweven die zorgontvanger en zorgverlener delen: ‘Zij zijn op elkaar aangewezen voor het vinden van een vervulling die niemand zichzelf kan geven en die niet te koop is’(Van Heijst, 2005, p. 244). Dit noemt zij de overeenkomstige dieptestructuur van behoeftigheid.

Hoewel Van Heijst zich ervan bewust is dat de behoeftigheid van zorgverleners gevoelig ligt bij verschillende auteurs, stelt zij dat zorgverleners niet enkel in de zorg gaan werken voor het geld, maar dat zij vaak iets terug krijgen dat verder gaat dan hun salaris (Van Heijst, 2005, p. 241). Beide partijen zijn wederzijds afhankelijk van elkaar voor het leiden van een betekenisvol (beroeps)leven. Doordat beide partijen hun eigen unieke menszijn meebrengen in het handelen, ontstaat er een wederzijdse relatie van geven en ontvangen die niet te voorspellen is en waarin ieder zich gezien kan voelen als mens. Beide partijen zijn niet alleen van elkaar afhankelijk, maar ook allebei waardevol en kwetsbaar (Van Heijst, 2005, p. 390). Hoewel professionals in een zorgrelatie het goede van de ander voorrang geven, kan er nooit van hen gevraagd worden dat ze er zelf aan onderdoor gaan. Dit hoeft volgens Van Heijst ook niet: ‘Zulk voorrang geven is geen of-of van jij of ik, maar moet veeleer gezien worden als

een soort congruentie.' (Van Heijst, 2005, p. 391). In haar latere werk over menslievende zorg werkt Van Heijst dit punt verder uit (Van Heijst, 2011).

In haar boek menslievende zorg bespreekt Van Heijst ook het maieutisch zorgconcept en de belevingsgerichte zorg. Zij vindt het positief dat deze theorieën zoveel oog hebben voor de unieke mens en het peilen van zorgbehoeften door interpreterende activiteiten van de zorgverleners. Ook is ze blij te zien dat er zoveel waardering uit spreekt voor de directe zorgverleners. Ze is echter kritisch op de smalle definitie van relationaliteit die zij hanteren. Haar belangrijkste kritiek is dat beide auteurs relationaliteit instrumenteel opvatten en spreken over interactie op een serviceachtige manier (Van Heijst, 2005, p. 193). Van der Pool en Van der Kooij zien een zorgrelatie volgens Van Heijst als een daad die 'gedaan' moet worden door de professional, een daad bovendien die ergens toe leidt (beter afgestemde zorg) en maken hiermee het stichten van een relatie tot 'maken' in de plaats van tot 'handelen'. Van Heijst stelt echter: 'Wil er werkelijk een relatie kunnen ontstaan in de setting van professionele zorg, dan moet de zorgrelatie principieel uit de mal van doelmatige functionaliteit worden losgewrikt.' (Van Heijst, 2005, p. 206).

Ook ziet ze de veronderstelling van Van der Kooij dat langdurige (intieme) relaties automatisch leiden tot een hechte band tussen zorgverlener en zorgontvanger als een verkeerde voorstelling van zaken (Van Heijst, 2005, p. 201). Zelf maakt Van Heijst een duidelijk onderscheid tussen een betrekking en een relatie. De intermenselijke betrekking komt volgens haar automatisch mee als je gaat verzorgen en als mensen als een 'wie' aan elkaar verschijnen. Er ontstaat echter pas een zorgrelatie in de volle betekenis van het woord als deze betrekking door beide partijen als waardevol wordt ervaren.

Tot slot merkt zij ook op dat beide auteurs de asymmetrie in een zorgrelatie wel aanstippen, maar er in hun uitgewerkte zorgvisies toch aan voorbij wordt gegaan, terwijl dit volgens Van Heijst een wezenlijk element is van de zorgrelatie (Pool et al., 2003, p. 193,196; Van der Kooij, 2003, p. 38). Van der Pool gaat voornamelijk in op de gelijkwaardigheid tussen zorgontvanger en zorgverlener, welke hij koppelt aan autonomie, en laat de asymmetrie liggen (Van Heijst, 2005, p. 194). Van der Kooij heeft in haar werk en heel ander uitgangspunt voor zorg: het gaat haar meer om het goed voelen en het ervaren van zingeving

(Van Heijst, 2005, p. 202). Hierbij heeft ze meer oog voor de belevingswereld van de verzorgende, de rol van de ontmoeting in goede zorg, het gezien worden als mens en daarmee de afhankelijkheid van elkaar dan Van der Pool. Van Heijst mist echter ook bij haar een uitwerking van die ongelijkheid, zoals zij dat zelf heeft gedaan in de hierboven beschreven dubbelstructuur van behoeftigheid (Van Heijst, 2005, p. 204).

2.2 Professioneel verzorgen

Ondanks het feit dat dit onderzoek niet gaat over de professionele identiteit van verzorgenden, vind ik het wel belangrijk om kort iets te zeggen over de manier waarop daarover gedacht zou kunnen worden. De vraag wat een verzorgende tot professional maakt is een belangrijke en actuele vraag in de veranderende maatschappelijke en politieke context. Waar halen verzorgenden hun beroepstrots vandaan? En is dit wellicht aan het verschuiven? Zoals gezegd valt een uitgebreide visie hierop helaas buiten de scope van deze thesis, maar hieronder zal ik kort ingaan op een aantal mogelijkheden om hiernaar te kijken.

Professioneel verzorgen: arbeidsverdeling of gave?

Verzorgende is geen beschermde beroepstitel en professioneel verzorgen laat zich ook moeilijk onderscheiden van privézorgen (Van Dartel, 2017; Van der Kooij, 2003). Er bestaan verschillende visies op deze kwestie. Een eerste standpunt is van Trappenburg (2014). Zij stelt dat verzorgen een zogenaamde bescheiden professie is. Deze professies verschillen van klassieke professies in het feit dat ze zich niet onderscheiden door zeer gespecialiseerde kennis en professionele autonomie, maar door vakmanschap dat ze hebben verworven door hun opleiding en hun ervaring. Ze zegt dat het werk van bescheiden professionals ook prima door ieder ander gedaan zouden kunnen worden, als die maar de tijd zouden nemen om het te leren. Het feit dat ze dat niet doen is te verklaren door arbeidsverdeling, zo stelt Trappenburg. Dit standpunt vormt een groot contrast met het werk van Van der Kooij, waarin zij stelt dat verzorgen een talent is, wat dus niet iedereen bezit, maar dat wel nog ontwikkeling behoeft. Van der Kooij zag het juist als een groot gevaar dat de samenleving verzorgen zou zien als een gemakkelijke activiteit die iedereen zou kunnen, want dit zorgt voor weinig waardering stelt ze. Professionaliteit in het maieutisch zorgconcept ziet zij als het authentiek en creatief kunnen handelen en het achteraf kunnen verantwoorden van dit handelen. Hiervoor is het van belang dat verzorgenden voldoende alternatieve handelingsmogelijkheden kennen.

Afstand & nabijheid

Er wordt vaak gesteld dat iemand om goed te kunnen verzorgen (persoonlijk) betrokken en nabij moet zijn bij de zorgontvanger, maar dat het ook belangrijk is om tegelijkertijd afstand te bewaren. Zo stelt Boeije dat er een 'beroepsmatige distantie' wordt gevraagd, om te voorkomen dat verzorgenden moeilijke gevoelens moeten verdragen en verwerken bij overlijden of overplaatsen van bewoners (Boeije, 1994, p. 138). Van der Kooij sluit hierop aan en zegt dat een professionele zorgrelatie diep kan gaan en intensief kan zijn, maar dat het de taak van de verzorgende is om geen privépersoon te worden voor iemand en zich bewust te blijven van het feit dat je altijd inwisselbaar moet zijn (Van der Kooij, 2003, pp. 54–55). Een verzorgende moet onpersoonlijk-persoonlijk betrokken zijn (Van der Kooij, 2003, p. 66).

Van Heijst en Baart zien distantie niet als een noodzakelijk aspect van professionele zorgverlening. [17] Van Heijst stelt zelfs dat we nieuwe terminologie nodig hebben om de mix tussen afstand en nabijheid te beschrijven die er bestaat in het werken van zorgprofessionals met hun patiënten. Ze zegt hierover '*Both parties are strangers to each other and yet there is closeness and bonding, which is both more distant and more intimate than what goes on between friends, lovers, spouses, or parents and their children.*' (Van Heijst, 2011, p. 188). Hierbij spelen gevoelens bij zowel zorgverleners als zorgontvangers een grote rol. Het feit dat ze zorgverlener en zorgontvanger beide als unieke personen ziet, heeft ook tot gevolg dat zij niet zomaar inwisselbaar zijn. Ook Van Heijst ziet dat verzorgenden elkaar afwisselen in hun shifts, maar de zorgrelatie die een zorgontvanger en een zorgverlener hebben blijft uniek en is onvervangbaar. Juist die persoonlijke en unieke relaties zorgen voor de voldoening en zingeving van verzorgenden. Baart & Grypdonck en Van Heijst zijn het bovendien ook niet eens met de stelling van Van der Kooij dat de verzorgende niet mee mag lijden met de patiënt. Sterker nog, dit wordt in de presentietheorie als de professionele kern gezien: iemand niet alleen laten in zijn lijden.

Van Heijst stelt dat professioneel zorgen zich onderscheidt van informeel zorgen door de keuze om er voor de onbekende ander in nood te zijn. Baart en Grypdonck volgen haar hierin. Waar bij informele zorgverlening de relatie vaak wordt gekenmerkt door vriendschap, familie

[17] Waarbij de auteurs wel oog hebben voor het feit dat verzorgenden hun aandacht moeten verdelen over meerdere zorgontvangers en ook rekening moeten houden met hun eigen draaglast.

of andere verhoudingen, kiest een zorgprofessional ervoor om zich bewust op een positie te plaatsen waarin hij of zij beschikbaar is voor mensen in nood.

Een ander belangrijk verschil dat Van Heijst, Baart en Grypdonck zien tussen professioneel en informeel zorgen is het gegeven dat het goede voor de ander in deze asymmetrische relatie altijd voorrang krijgt op het goede voor jezelf. Zij verzetten zich tot slot ook nadrukkelijk tegen het idee dat professioneel verzorgen zich zou onderscheiden door specifieke verrichtingen of vakkennis. Zij zien dit wel als een belangrijk aspect van goede zorg, maar niet als de kern van professioneel verzorgen (Baart & Grypdonck, 2008; Van Heijst, 2005). Dit sluit aan bij het feit dat professionaliteit in de gezondheidszorg steeds vaker weer breder wordt opgevat dan slechts vaktechnische kennis (Van Heijst & Vosman, 2010).

2.3 Maatschappelijke invloeden op het verzorgend beroep

In veel van de besproken theorieën wordt zorgen voorgesteld als een één op één relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Hiermee wordt echter voorbij gegaan aan de institutionele realiteit (Van Heijst, 2005, p. 205). Boeije liet in 1994 al zien dat verzorgenden relationele aspecten van zorg aan de ene kant zagen als het belangrijkste aspect van goed verzorgen, maar aan de andere kant in tijden van onderbezetting zich genoodzaakt zagen om instrumentele taken boven relationele zorg te verkiezen, door de institutionele doelmatigheid (Boeije, 1994, pp. 126–128). Bovendien gaven verzorgenden aan dat medische zorg vaak te maken had met veiligheid en ze die daarom urgenter vonden dan relationele zorg. Ook vonden ze het belangrijk dat taken zichtbaar resultaat opleverden, inplanbaar waren en goed overdraagbaar. Deze spanning op de werkvloer resulteert regelmatig in emotionele dilemma's (Van der Kooij, 2003). Voor het in de praktijk brengen van een relationele zorgvisie is het dan ook belangrijk dat er een werkcultuur is waarin stilzitten niet als 'niets doen' wordt opgevat (Van der Cingel & Jukema, 2014; Van der Kooij, 2003).

Een analyse van de Franse socioloog Dubet plaatst het onderzoek van Boeije in breder perspectief. Dubet onderzocht de veranderingen in de institutie gezondheidszorg en specifiek de gevolgen daarvan op het verpleegkundig beroep. Onder een institutie verstaat hij het 'gedurige socialisatieproces van generatie op generatie professionals in de georganiseerde beroepsarbeid' (Dubet, 2002 geciteerd in Van Heijst & Vosman, 2010). Hiermee doelt hij op een 'maatschappelijke eenheid waarin een institutioneel programma wordt uitgewerkt'

(Dubet, 2002 geciteerd in Van Heijst & Vosman, 2010, p.29). Een institutioneel programma wordt opgevat als het sociale proces waarbij waarden en beginselen worden omgezet in actie en resulteren in nieuwe vormen van subjectiviteit van professionals. Dit komt er op neer dat verpleegkundigen door hun opleiding en werk als subject worden geïnstalleerd, maar dat ze vervolgens ook zelf gesocialiseerd worden door allerlei invloeden waaraan zij onderhevig zijn (denk aan protocollen, werkstandaarden, regelgeving).

Zijn analyse is dat de instituties van de gezondheidszorg in verval raken en dat het doel van de instituties steeds meer verdreven wordt door opkomende en steeds dominanter wordende systemen. Als gevolg hiervan beschrijft hij een verschuiving van verpleegkundigen als subject, die zelf kunnen handelen en verantwoordelijkheid nemen, naar verpleegkundigen als actor, die slechts de taken uitvoert die er zijn voorgeschreven. Hiermee veranderen verpleegkundigen in zijn ogen tot een 'bundel van gewenste praktijken' (Dubet, 2002 geciteerd in Van Heijst & Vosman, 2010).

Zijn uiteenzetting sluit aan bij andere analyses van maatschappelijke trends in de zorg en de constatering daarin dat die tendensen op gespannen voet kunnen staan met het menselijke aspect, de morele horizon van zorgen (Baart & Grypdonck, 2008; Hogerheide, Hans en Jongh, 2008; Van der Kooij, 2003; Van Heijst, 2005; Van Heijst & Vosman, 2010). In lijn hiermee wordt geconstateerd dat het menselijke aspect wordt weggeorganiseerd door verzorgenden steeds meer als losse arbeidseenheden in te zetten en relationele infrastructuren daarmee te doorbreken (Van Strien in Van der Kooij, 2003; Van Heijst & Vosman, 2010).

Heyl is daarentegen ook kritisch op de rol die verzorgenden zelf innemen in het spanningsveld tussen relationele zorg en de institutionele context (Heyl, 2012). Heyl schetst hoe verzorgenden zich in zijn ogen als speelbal hebben laten gebruiken in het machtsspel dat plaatsvindt in de gezondheidszorg en dat ze niet de voorwaarden hebben kunnen bewaken die nodig zijn om professionele en humane zorg te verlenen.

Tot slot vind ik het belangrijk om in aansluiting op Van Heijst te benadrukken dat het institutionele karakter van de gezondheidszorg op zichzelf een belangrijk aspect is van kwalitatief goede professionele zorg. In reactie op Van der Kooij stelt ze dat alleen authentiek handelen voor verzorgenden niet voldoende is, omdat ook verzorgenden geen engelen zijn en

protocollen en richtlijnen een corrigerende werking kunnen hebben (Van Heijst, 2005). Ook stelt ze dat het ook die institutionele factoren zijn die professionals kunnen steunen in hun verantwoordelijkheid op de werkvloer om bij zorgvragers te blijven die in zulke pijn en ellende verkeren, dat alles in hun lichaam roept om hen te verlaten (Van Heijst, 2011, p. 189).

2.4 Conclusie

In bovenstaande is naar voren gekomen hoe de besproken auteurs benadrukken dat ieder mens uniek is, en dat het belangrijk is voor een goede zorgrelatie om dit te erkennen en hier uitdrukking aan te geven. Ook hebben we gezien dat meerdere auteurs erop wijzen dat een zorgrelatie zich kenmerkt door zowel een asymmetrische verhouding als een gedeelde gelijkwaardigheid. De manier waarop dit verder uitgedacht en uitgewerkt wordt, verschillen erg. Ik heb uitgebreider stilgestaan bij de theorie van menslievende zorg. Hierin schrijft Van Heijst, zich baserend op Baarts presentietheorie, dat zij de zorgrelatie ziet als een onvoorspelbare en wederzijdse relatie waarin zowel zorgverlener als zorgontvanger geven en ontvangen. Deze relatie is volgens haar van grote betekenis, omdat hierin beide partijen elkaar als mens zien en bevestigen. Hiermee stelt ze, met Baart en Grypdonck aan haar zijde, dat de zorgrelatie in zichzelf waardevol is en niet instrumenteel begrepen zou moeten worden.

Ten tweede is besproken hoe professioneel verzorgen zich onderscheidt van informeel zorgen. Hoewel het verschilt hoe de auteurs dit precies formuleren, ziet iedereen het afstemmen op een unieke ander als een belangrijke professionele kern. Van der Kooij en Boeije vinden daarnaast ook dat een professionele zorgrelatie een belangrijke mate van distantie bevat. Baart, Grypdonck en Van Heijst vinden het belangrijker om de (niet zelfgekozen en afhankelijke ander) niet te verlaten. Van Heijst benadrukt ook dat er een groot verschil is doordat professionals zich bewust op een positie plaatsen waar zij beschikbaar zijn voor de onbekende ander in nood.

Tot slot is besproken hoe relationele aspecten onder druk kunnen komen te staan door dominante systemen en tendensen in de maatschappij. Dubets analyse is dat de institutie gezondheidszorg in verval is geraakt door een te grote nadruk op systemen die niet meer in dienst staan van het doel of de kern van de institutie: goede zorg. Ook de andere auteurs wijzen op het ondersneeuwen van de morele horizon van zorgen. Dit zegt overigens niet dat de auteurs pleiten voor een wereld zonder protocollen, richtlijnen of instituties, maar wel voor

een zorgvisie waarin deze weer worden gezien als het middel en niet als het doel voor goede zorg. Deze verschillende inzichten zullen richting geven aan zowel de empirische dataverzameling (onder andere via *sensitizing concepts*) als de analyse en discussie.

HOOFDSTUK 3: NARRATIEVE METHODE

In dit hoofdstuk zal ik stil staan bij de onderzoeksbenaderingen en methode van narratief onderzoek. Ik zal dit doen door eerst kort het veld van narratief onderzoek te schetsen en dit onderzoek te positioneren. Daarna zal ik ingaan op de gekozen manier van data verzamelen: schaduwen, interviewen en het organiseren van een focusgroep. Ook zal ik laten zien hoe ik bij de analyse te werk ben gegaan. Tot slot zal ik afsluiten met een aantal ethische overwegingen.

3.1 NARRATIEF ONDERZOEK

Narratief onderzoek is een verzamelnaam voor veel verschillende vormen van onderzoek die sinds de jaren ’60 zijn ontstaan en gemeen hebben dat ze allemaal narratieven, of wel verhalen, centraal stellen (Creswell & Poth, 2018; Riessman, 2008; Sools, 2012). Deze vormen kennen elk hun eigen historische oorsprong, hanteren verschillende theoretische uitgangspunten en worden ook in verschillende disciplines gebruikt (Riessman, 2008; Sools, 2012).

Ondanks de verschillen delen de narratief onderzoekers hun interesse in particuliere kennis. De plaats, tijd en context speelt een grote rol in deze vorm van onderzoek (Visse, 2014). Dit is een belangrijke reden dat een narratieve onderzoeksmethode zich goed leent voor zorgethisch onderzoek, waar de opvatting gedeeld wordt dat het grote zich in het kleine bevindt (Visse, 2014). Ook de context van de onderzoekssituatie en de relatie tussen interviewer en respondent krijgt in narratief onderzoek aandacht. Er wordt gesteld dat verhalen nooit in het luchtledige worden verteld, maar tot stand komen en mede gevormd worden in de vertelling aan iemand (Riessman, 2008). Riessman stelt vervolgens ook dat narratieven niet het verleden weerspiegelen, maar dat ze dit reconstrueren, waarbij verbeelding, maar ook strategische belangen een grote rol spelen bij de manier waarop vertellers hun verhaal betekenis geven. Juist dit gegeven maakt volgens haar dat narratieven zo interessant zijn om te onderzoeken. Het gaat in narratief onderzoek dus zowel om de geleefde ervaringen van mensen, als om de verhalen die zij daaromheen construeren (Visse, 2014).

Sommige narratief onderzoekers zijn voornamelijk geïnteresseerd in het analyseren van de inhoud van verhalen, terwijl anderen zich meer richten op hoe verhalen worden verteld en hoe verhalen van individuen zich verhouden tot grotere, dominante verhalen die leven in een cultuur (Sools, 2012). Zelfs de definitie van een narratief of een verhaal wordt niet door iedereen gedeeld.[18] Een veel gebruikte opvatting is dat het gaat om 'een ordening van ervaringen rondom een serie van gebeurtenissen' (Visse, 2014, p. 18). Dit zorgt er voor dat een narratieve methode een goede mogelijkheid is om een verandering door de tijd heen te onderzoeken (Sools, Drossaert, Van Duijvenbooden, Van Egmond, & Heerings, 2014).

In dit onderzoek zal de focus grotendeels op de inhoud van het vertelde liggen, de ervaringen rondom de veranderingen en niet alleen op hoe verzorgenden hun verhaal vertellen. Toch is er gekozen om niet enkel een thematische analyse te doen, maar voor een interpretatieve benadering te kiezen. Deze benadering heeft namelijk zowel oog voor de inhoud, als oog voor hoe de verteller zichzelf presenteert en voor de rol van de interviewer (Riessman, 2008). Dit is relevant voor dit onderzoek, omdat uit de probleemstelling naar voren komt dat ook de verhouding tussen verzorgenden en de maatschappij aan het verschuiven lijkt te zijn. Dit maakt het belangrijk om mee te nemen hoe zij zichzelf zien en hoe zij zichzelf presenteren.

3.2 DATAVERZAMELING

De data betreffen zowel de verhalen die de respondenten construeren rondom hun verschuivende beroep, als de geleefde ervaringen die onderwerp zijn van deze verhalen (Visse, 2014). Er is gekozen om deze in twee rondes te verzamelen. Ten eerste zijn er vijf verzorgenden geschaduwd en geïnterviewd en vervolgens heeft er een focusgroep plaatsgevonden met zeven andere verzorgenden.

Fase1: Schaduwen

Er is gekozen om verzorgenden te schaduwen tijdens hun werk. Schaduwen is een onderzoekstechniek waarbij de onderzoeker een deelnemer van een praktijk van dichtbij

[18] Een belangrijk verschil is bijvoorbeeld welke subjectopvatting de onderzoekers hanteren. Sommige onderzoekers zien mensen als narratieve wezens met enkelvoudige levensverhalen waar ze reflectief op kunnen terugkijken. Anderen zien juist meervoudige verhalen, gefragmenteerd en gemedieerd door machtsstructuren en dominante verhalen in de maatschappij. Zij geloven dan ook minder in een reflectief actorschap (Sools, 2012).

volgt[19] voor een relatief lange periode (McDonald, 2005). Eén van de belangrijke redenen om te schaduwen was dat de onderzoeker op deze manier ook zelf aanwezig kon zijn in de praktijk en daardoor dingen kon zien en bevragen waarvan de verzorgenden zelf zich niet (meer) bewust zijn. Ook kon er zo onderzocht worden wat er in de dagelijkse praktijk op de werkvloer gebeurt en daarmee verder gekeken worden dan alleen wat hun beroepsprofiel hen formeel zegt te doen (Quinlan, 2008). Ook kon hierdoor zicht verkregen worden op het (ver)zorgen als relationele praktijk, omdat ook de interactie met de zorgontvanger onderdeel is van de data (Quinlan, 2008).

Het plan was om zes verzorgenden een dienst lang te schaduwen. Voor deze respondenten waren de volgende inclusiecriteria opgesteld: de respondenten hebben ten minste tien jaar werkervaring in de ouderenzorg als verzorgende (zowel algemeen als IG).[20] Gezien het doel om door middel van een exploratieve studie een beeld te krijgen van de thema's die er in de praktijk spelen, lag de focus in dit onderzoek op rijkheid. Er is daarom gekozen om zowel verzorgenden te onderzoeken die werkzaam zijn in een zorginstelling, als verzorgenden die werkzaam zijn in de wijk. De deelnemers zijn gezocht via verschillende oproepen binnen V&VN en via mijn eigen netwerk. Uiteindelijk is er een districtsdirecteur van een zorgorganisatie in de ouderenzorg bereid gevonden om als poortwachter voor dit onderzoek te fungeren. Er is op deze manier contact gelegd met drie verzorgenden die intern werkzaam zijn en drie verzorgenden die werkzaam zijn in de wijk. Uiteindelijk hebben echter slechts vijf van hen deelgenomen aan de studie vanwege persoonlijke omstandigheden van één van de respondenten en de combinatie hiervan met het tijdsbestek van dit onderzoek.

Fase 1a: Schaduwen

Tijdens het volgen zijn korte verhelderingsvragen gesteld en aantekeningen gemaakt, welke vervolgens zoveel mogelijk nog dezelfde avond en soms deels de dag daarna zijn uitgewerkt, om de data zo accuraat mogelijk te houden. Hoewel het ook gebruikelijk is bij schaduwen om te vragen naar intentie en prioritering, is er in deze studie bewust gekozen om dicht bij het

[19] Met volgen wordt bedoeld dat de onderzoeker overal heen gaat waar de verzorgende zich heen beweegt, inclusief koffiepauzes bijvoorbeeld.

[20] In eerste instantie was er aan de hand van de probleemstelling gekozen voor minimaal 15 jaar werkervaring. Toen het vinden van respondenten echter een stagnerende fase leek te worden in het onderzoeksproces is er voor de voortgang besloten om de inclusiecriterium te verlagen naar 10 jaar werkervaring. Aangezien de grootste veranderingen zich voorgedaan hebben in 2013 leek dit nog steeds voldoende ervaring te zijn om zowel voor als na de veranderingen werkzaam te zijn geweest.

handelen te blijven en de verzorgenden niet in de reflectiemodus te brengen.[21] De reflectie op het handelen is wel aan de orde geweest in het interview achteraf.

Fase 1b: Interviewen

Aansluitend op of tussen het schaduwen door is met iedere verzorgende een interview gehouden van gemiddeld 35 minuten. Deze interviews waren kwalitatieve interviews met een open karakter, waarin getracht is zoveel mogelijk naar ervaringen en concrete voorbeelden te vragen. Voor deze interviews is gebruik gemaakt van een topiclist (zie bijlage 1). Na twee interviews is deze nog iets aangepast om de relatief onervaren interviewer iets meer handvatten te geven tijdens het gesprek. De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en zijn met behulp van het software programma F4 woordelijk getranscribeerd. De interviews vonden plaats op locaties in de buurt van het werk.[22]

Ook is er een extra interview gehouden dat buiten de doelgroep viel. Dit betrof een interview met een kwaliteitsverpleegkundige die geïnteresseerd was in het onderzoek en ook graag een interview wilde doen. Er is voor gekozen hierop in te gaan en met haar toestemming dit ook op te nemen en uit te werken. Ondanks het feit dat het een interessant gesprek was is de data niet meegenomen in de analyse vanwege de beperkte omvang van dit onderzoek.

Fase 2: Focusgroep

Vervolgens is er één focusgroep georganiseerd waarin zeven verzorgenden samen met de onderzoeker hebben gesproken over drie thema's die naar boven zijn gekomen bij de het schaduwen en interviewen. Deze methode was bedoeld als een soort membercheck, om verzorgenden de kans te geven om te laten horen in hoeverre de bevindingen herkenbaar zijn en hoe zij de data interpreteren. Dit is ook gebeurd, maar hierbij moet worden opgemerkt dat

[21] Met uitzondering van één van de respondenten, omdat hier geen tijd bleek voor het interview. De onderzoeker heeft er toen voor gekozen om zoveel mogelijk vragen toch gedurende de dienst al te stellen. Ook viel het op dat veel verzorgenden uit zichzelf al veel van hun overwegingen en reflecties deelden.

[22] Concreet verschilde dit per interview. Bij de verzorgenden die intramuraal werkzaam zijn vonden de interviews veelal plaats in een teamkamer of in een stilte ruimte, bij verzorgenden die extramuraal werkte was dit in een aparte ruimte op de teampost.

de focusgroep snel plaatsvond na de laatste meeloopdag.[23] De uitgebreide analyse was dus nog niet voltooid. Als voorbereiding op de focusgroep zijn alle uitgewerkte data in het software programma AtlasTi geüpload en voorzien van thematische codes. Aan de hand hiervan zijn er drie thema's geselecteerd die zijn voorgelegd aan de focusgroep. Er is hun vervolgens gevraagd of zij deze herkenbaar vonden en hoe zij hier tegenover stonden. Zie de bijlage voor de voorbereiding van de focusgroep (bijlage 2). Het gesprek vond plaats in de buurt van Nijmegen in een voormalige woonkamer van een verpleeghuis. Ook deze focusgroep is met toestemming van de verzorgenden opgenomen en getranscribeerd.

3.3 DATA-ANALYSE

Om de data te analyseren zijn verschillende stappen doorlopen. Zoals hierboven beschreven, is er begonnen met een relatief korte analyse waarbij de transcripten en observatieverslagen meerdere malen zijn doorgelezen en met behulp van atlas-ti zijn gecodeerd. Hierbij is er gekeken naar de ervaringen rondom veranderingen en zijn ook de sensitizing concepts als richtingwijzers gebruikt. In de eerste fase is er dichtbij de tekst gebleven en ontstonden er veel verschillende soorten codes. Vervolgens zijn er codes samengevoegd en is er een hiërarchie aangebracht. Hierin kwamen drie hoofdthema's naar voren: integrale zorg, de dominante rol van indicaties/ tijd en het beeld dat de verzorgenden hadden van de 'nieuwe generatie verzorgenden'. In verband met de tijd is er voor gekozen om twee van deze thema's voor te leggen en de derde als reserve achter de hand te houden. Deze werd uiteindelijk door de groep zelf ingebracht.

Na de focusgroep is er een uitgebreidere analyse gedaan. Hiervoor is gebruik gemaakt van de hermeneutische narratieve analyse zoals beschreven door Visse (2014). Dit analyseren kent vijf fasen, als gevolg van een integratie van inzichten uit zowel de narratieve interpretatieve-analysemethode als de narratieve hermeneutiek (Riessman, 2008; McCormack, 2000a, Gadamer, 1975 geciteerd in Visse, 2014): (1) actief luisteren, (2) hertranscriberen, (3) coderen, (4) hervertellen en (5) afstemmen en afsluiten. Deze fasen zijn per verzorgende

[23] Er was niet veel keus voor een datum die nog binnen de zomer plaatsvond en waarop ook minstens vier verzorgenden samen konden komen. Ik heb aan de hand van een datumprikker de mogelijkheden in kaart gebracht en uiteindelijk gekozen voor een week na mijn laatste meeloopdag.

doorlopen en hebben dus geresulteerd in vijf verschillende narratieven. Hieronder zal ik de fasen kort toelichten en de narratieven presenteren.

1. Actief luisteren

Voor deze fase zijn de transcripten en observatieverslagen steeds opnieuw gelezen en teruggeluisterd met iedere keer een andere blikrichting. Achtereenvolgens is er gekeken naar de belangrijkste personen in het verhaal, naar het narratieve proces, naar de context, plaats en tijd, naar belangrijke gebeurtenissen, plekken en periodes en naar de aard en het verloop van het gesprek.

2. Gedetailleerde analyse

In deze fase is de data nog meerdere malen gelezen, maar dan met aandacht voor groepen woorden of zinnen die iets zeggen over de relatie tussen de identiteit van de verzorgende en de maatschappij. Hierbij is bijvoorbeeld gekeken naar woorden als ‘natuurlijk’ en ‘normaal’. Ook is er gezocht naar tegenstellingen, gelaagdheid, is er gekeken naar herhaalde woorden en naar woorden als ‘je weet wel’, omdat deze aangeven dat respondenten dit als vanzelfsprekend beschouwen. Er is ook gekeken naar verschil tussen handelen, beleven, vinden en waarnemen, naar woorden die vaak herhaald werden en naar de manier waarop de verzorgende zichzelf presenteert.

3. Selectie van fragmenten

In de derde fase zijn er fragmenten geselecteerd aan de hand van de eerste twee fasen.

4. Optekenen

In de vierde fase is er een hervertelling geschreven. Om in de verhalen vooral de kern weer te geven en de omvang voor verzorgenden niet te groot te maken is er voor gekozen om de verhalen een maximale omvang van tweeëneenhalf A4 te geven. Alle opgestelde narratieven zijn vervolgens weer voorgelegd aan de desbetreffende verzorgende met de vraag of zij zich erin herkende, welke naam zij graag zou hebben in het verslag en of ze een titel wist voor haar verhaal. De narratieven werden herkend. Eén keer is er gevraagd of de werkdruk iets meer

naar voren zou kunnen komen. Niet iedereen heeft uiteindelijk een eigen naam of titel gekozen, dit is dan aan de onderzoeker overgelaten.

5. Check met origineel, kwaliteit, afstemmen en afronden

Tot slot zijn alle verhalen nog eenmaal vergeleken met de ruwe data en zijn er een aantal kleine aanpassingen gedaan.

Oorspronkelijk was het plan om aan de hand van de verschillende verhalen één overkoepelend vignet op te stellen over hoe 'de verzorgende' de veranderingen in de ouderenzorg ervaart. Aangezien de respondenten echter wel dezelfde thema's benoemden, maar deze soms ook heel verschillend ervoeren is er voor gekozen om deze diversiteit zoveel mogelijk te bewaren en de verhalen gescheiden te houden. Er is daarom gekozen om de bevindingen per thema te presenteren, zodat de verschillende ervaringen duidelijker met elkaar in gesprek gebracht kunnen worden.

3.4 SENSITIZING CONCEPTS

De volgende begrippen zijn voortgekomen uit de theoretische verkenning (zie hoofdstuk 2) en hebben me geholpen om tijdens de dataverzameling en de analyse richting te geven aan het onderzoek:

Relationaliteit	**Maatschappelijke invloeden**
Instrumenteel versus inherent betekenisvol	Routines/ standaardisering
Ongewis	Rol van grip en controle
Wederzijds	Corrigerende werking van instituties
Startpunt van relatie?	Focus op output
Distantie versus nabijheid?	Professionalisering
Bijstaan in lijden, niet alleen laten	Evidence based handelen
Vertrouwdheid	Dimensie van tijd
Zorgverlener kwetsbaar	
Rol van autonomie	
Uniek mens opmerken	

Tabel 2: Sensitizing concepts

3.5 Ethische overwegingen

In dit onderzoek is geprobeerd om zo goed mogelijk recht te doen aan de privacy, voorlichting en instemming van de personen die bij het onderzoek betrokken zijn (Creswell & Poth, 2018, p. 151). Hiervoor is een informatiebrief opgesteld met uitleg over het onderzoek en de regeling betreffende databewaring, anonimisering en het feit dat ze op ieder moment konden stoppen met het onderzoek (zie bijlage 3). Vervolgens hebben ook alle respondenten een *informed consent* ondertekend. Ook is er in de transcripten en observaties gebruik gemaakt van fictieve namen en zijn herleidbare kenmerken zoveel mogelijk weggelaten. Tijdens de membercheck kregen deelnemers de kans om hier ook hun reactie op te geven en aan te geven of de resultaten voldoende waren geanonimiseerd (Riessman, 2008, p. 197). De verzamelde data is opgeslagen op de onderzoekschijf van de Universiteit voor Humanistiek (UvH). Na 15 jaar zal dit worden verwijderd.

Een laatste ethische overweging was de vraag hoe aan iedereens ervaring recht te doen, zonder onderdeel te worden van een (misschien wel onbewuste) strategie. In de literatuur over narratief onderzoek wordt door sommige auteurs gesteld dat wanneer een verhaal verteld is, het vervolgens van jou als onderzoeker is om het te interpreteren en zouden memberchecks slechts bedoeld zijn om te kijken of er geen herleidbare kenmerken meer in staan (Riessman, 2008). Aan de ene kant is dit een begrijpelijk uitgangspunt. Een verhaal is geconstrueerd op een bepaald moment in een specifieke context. Als een respondent hier later anders over denkt of bijvoorbeeld merkt dat zijn verhaal een ander soort verhaal schetst dan hij of zij hoopte te zien, zegt dat niet dat de interpretatie onjuist is of geen belangrijke inzichten meer kan bevatten. Aan de andere kant is het een belangrijk zorgethisch (en persoonlijk) uitgangspunt om de ander recht te doen en niet aan de haal te gaan met zijn eigen verhaal en identiteit. Zeker als verhalen onderdeel uitmaken van een politieke context, waarin het gevormde narratief een argument kan vormen in een grotere maatschappelijke discussie (in dit geval de lobby om het verzorgend beroep meer aanzien te geven en positief op de kaart te zetten) is het voor te stellen dat dit spanningen op kan leveren aangezien er dan verwachtingen kunnen zijn over een positief en krachtig verhaal. En hoewel dit onderzoek ook een belangrijke doelstelling heeft om te willen bijdragen aan de explicitering van het verzorgend beroep is het ook een belangrijk uitgangspunt om de praktijk zo open mogelijk te benaderen en zo

nauwkeurig mogelijk waar te nemen wat zich daar voordoet in alle gelaagdheid. Om hier een goede balans tussen te vinden is geprobeerd om heel dicht bij de *ervaringen* van verzorgenden zelf te blijven en door zorgvuldige beschrijvingen recht te doen aan wat zij *ondervinden* in de praktijk en zoveel mogelijk weg te blijven bij meningen. Door de focusgroep te organiseren werd de verzorgende zelf ook de mogelijkheid gegeven om mee te denken over de interpretatie van de data en zo recht te doen aan de praktijk. Bovendien had dit als voordeel dat het meteen bijdraagt aan een reflectieve zorgpraktijk en is dit onderzoek daarmee ook op een bescheiden manier op te vatten als een wederkerig onderzoek, waarin ook aandacht is voor de meerwaarde voor de deelnemers.

HOOFDSTUK 4: BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk zal de tweede deelvraag worden beantwoord: 'Of en hoe ervaren verzorgenden die al langere tijd werkzaam zijn in de ouderenzorg een verandering in hun beroepspraktijk door de tijd heen en hoe verhouden ze zich daartoe?' Hiervoor zal ik eerst kort een aantal karakteristieken van de respondenten bespreken, dan volgen de narratieven en dan zal ik aan de hand van een aantal overkoepelende thema's stil staan bij de overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten.

Naam	**Leeftijd**	**Gevolgde opleiding**	**Jaar van diploma**	**werkplek**
Richelle	40	Zorghulp; VIG	1998; 2015	Intramuraal pg
Marieke	29	VIG; EVV	2008; 2014	Wonen met zorg
Eva	37	VIG	2010	Wonen met zorg
Fleurine	57	Ziekenverzorgende	1980	Thuiszorg
Anne	56	Ziekenverzorgende	1983	Thuiszorg

Tabel 3: Gegevens respondenten schaduwen & interviewen

Naam	**Leeftijd**	**Gevolgde opleiding**	**Jaar van diploma**	**Werkplek**	**Functie**
R1	59	Ziekenverzorgende; VIG	1987; 2017	ZZP verzorgende aan huis (sinds 2016)	VIG
R2	56	Ziekenverzorgende; VIG	1983	Intramuraal pg[24]	VIG
R3	57	Ziekenverzorgende; VIG	1980;2016	Verpleeghuis	VIG
R4	39	Helpende; ziekenverzorgende; VIG	1997; 2003; 2007	Eigen bedrijf: alle zorg en leeftijden, behalve kraamzorg	VIG
R5	59	VIG	2012	Thuiszorg	VIG,

[24] psychogeriatrisch

					Ambassadeur
R6	54	Ziekenverzorgende, VIG	1982; 2016	Intramuraal pg	VIG, GVP[25]er in opleiding, bestuurslid V&VN Platform Verzorgenden
R7	57	Ziekenverzorgende	1979	Geriatrische revalidatie	Ziekenverzorgende

Tabel 4: Gegevens van de deelnemers focusgroep

4.1 Narratief Anne

Anne is in 1980 gestart met haar in-service-opleiding tot verzorgende. Sinds twaalf jaar werkt ze als verzorgende in de wijk. De mensen waarmee ze werkt spreekt ze bewust met u aan. Dat vindt ze respectvol.

Anne is de zorg in gegaan omdat ze hart heeft voor de zorg en ze vindt de omgang met de mensen het leukst. Deze ervaring verheldert ze door een contrast te schetsen met hoe de jongere verzorgenden het in haar ogen nu doen. "*Tegenwoordig is het zakelijker geworden. Wij [de 'oudere' generatie verzorgenden] zijn nog sneller geneigd om iets voor iemand te doen, terwijl anderen zeggen van nou dat staat niet op de lijst dus dat doen we niet."*

Het meest veranderd in haar werk vindt ze de toegenomen focus op productie, welke ze in haar werk ervaart als een afname aan tijd. Toen ze nog bezig was met haar opleiding was het "*nog best wel relaxt allemaal"*. In de eerste negen jaar, toen ze in een verpleeghuis werkzaam was, merkte ze al dat er steeds minder collega's waren waardoor ze amper meer wist waar ze moest beginnen met werken 's ochtends. Ze had regelmatig het gevoel dat ze op veel verschillende plekken tegelijk moest zijn.

Ook op haar huidige werkplek merkt Anne dat er minder tijd is: ·

In het begin hadden we nog niet zo dat er zo op die productie werd gehamerd enzo. Nu

[25] Gespecialiseerd verzorgende psychogeriatrie

moet je echt proberen je aan die tijden te houden. (...) De mensen vinden dat niet fijn. En dan zeggen ze 'oh moet je alweer gaan?'.

Deze tijdsdruk blijkt erg afhankelijk van de dag, geen dag is het zelfde.

In tijdnood zijn vindt ze het lastigste aan haar werk als verzorgende. Dit komt omdat ze zich dan opgejaagd voelt, maar ook wil voorkomen dat de cliënten dit merken. Ze probeert dan zo rustig mogelijk te blijven: *"Ze merken het gelijk aan je hoor (...)'oh je moet er zeker vandoor he?' krijg ik dan te horen."* Naast het feit dat ze het gevoel heeft geen goede zorg te kunnen leveren als ze meteen weer weg moet rennen, heeft ze ook de ervaring dat gehaaster werken vaak niet efficiënter is: "*Ik heb altijd zoiets van als je ergens gestrest aan het werk bent, dan gebeurt er net wat, dan loopt het net uit. Je kunt beter gewoon rustig je ding doen en dan gaat het vaak wel*." Om dit zoveel mogelijk te ondervangen probeert ze als ze een drukke dag ziet aankomen de mensen een dag van te voren vast voor te bereiden. Vaak begint ze dan een half uur eerder, zodat ze iets meer ruimte heeft in haar planning. Ook komt het wel eens voor dat ze juist tijd inloopt, omdat de mensen of hun familie zelf al iets hebben gedaan. Deze gelegenheden grijpt ze dan graag aan om nog even met de mensen te praten.

Anne vertelt dat toen ze hier net begon met werken, ze alleen bij mensen langs ging om zorg te geven, maar dat dit is veranderd: "*Nu zijn we zelfsturende teams. (...) En we moeten nu dus ook allemaal dingen nog er rondom bij doen."* De nieuwe taken die erbij komen ziet ze dus niet als zorg, maar als extra werk dat ook gedaan moet worden.

Anne heeft het omschakelen naar zelfsturing als moeilijk en rommelig ervaren, maar heeft nu het gevoel dat het bij haar team goed uitpakt en het hen als collega's dichterbij elkaar heeft gebracht: "*Je raakt wel hechter met elkaar, want ja iedereen heeft ook z'n goede en minder goede eigenschappen (...) dat moet toch een beetje op elkaar afgestemd worden."*

Toch vertelt ze dat het haar team de laatste tijd wat veel wordt. Dit komt omdat er veel gebroken diensten gedraaid moeten worden. Ze moeten als team regelmatig zowel 's ochtends als 's avonds werken om aan hun uren te komen. Ze lijkt in eerste instantie vooral

bezorgdheid over haar directe collega's en de nieuwe generatie verzorgenden te ervaren. Ze ziet dat het collega's opbreekt en is bang dat de zware werkomstandigheden de jongeren zullen weerhouden in de zorg te komen werken, net nu ze zo hard nodig zijn. Toch moet ook Anne vanavond weer werken. Ze vindt dit vervelend, maar er spreekt ook een zekere berusting uit haar houding: "*Het is niet altijd even leuk natuurlijk, maar ja de mensen kunnen er niks aan doen. En die moeten toch geholpen worden."*

4.2 Narratief Richelle

Richelle werkt op een psychogeriatrische afdeling. Ze is begonnen als zorghulp, heeft steeds meer opleidingen gevolgd en is nu als Verzorgende IG aan het werk. Ze twijfelt een beetje om ook de opleiding tot verpleegkundige te doen, maar denkt dat ze daar vanaf ziet vanwege de regeltaken: "*Ja hoe hoger je komt hoe erger het is! En ik wil zorg leveren aan bed. Hoe hoger, hoe minder cliënten je ziet.*"

Richelle begint altijd een half uur eerder dan haar dienst officieel begint, zodat ze even rustig kan inkomen en de sfeer kan voelen op de afdeling. Vanaf het moment dat ze een voet over de drempel zet, lijkt Richelle 's oog niets te ontgaan en is ze honderd procent beschikbaar voor de bewoners. Vol aandacht en toewijding maakt ze grapjes, voert ze een goed gesprek en geeft ze knuffels:

> *'Hee, Jannie!' Richelle legt zacht een arm om de mevrouw heen. Ze kijkt haar rustig aan, alsof ze dan kan lezen hoe het gaat. De mevrouw glimlacht licht en kijkt wat slaperig voor zich uit. 'Kom je een beetje rechterop zitten? Je zakt zo nog van je stoel.' Zachtjes wordt de mevrouw overeind geholpen. 'Voel eens wat er hier is.' Richelle legt een lapje met wat knopen in haar hand. Even later legt ze uit dat dit een mevrouw is die niet meer spreekt, maar wel nog veel kan voelen en daar ook erg van geniet.*

Iedere bewoner krijgt een andere benadering. De één krijgt een bijna formele begroeting, en wordt bij veel handelingen om toestemming gevraagd:

> *Meneer van Dolteren, zou u het goed vinden als mijn collega en ik binnenkomen? (...) Ik heb begrepen dat uw sleutel kwijt is, zou u het me toestaan even in uw nachtkastje te kijken om te zien of ik hem daar soms kan vinden?*

Voor andere bewoners lijkt ze een soort moederrol te vervullen. Dit staat niet voor elke bewoner vast, maar is steeds weer afhankelijk van hoe bewoners op dat moment in die situatie zijn. "*Dat is gewoon aanvoelen",* legt Richelle uit.

Uit al haar kennis van de bewoners spreekt een enorme betrokkenheid. Regelmatig als ze iets over een bewoner vertelt, verschijnt er een glimlach om haar lippen. Maar ook details van gehoorapparaten die niet in de oplader liggen, bedhekken die omhoog of omlaag staan terwijl dat niet zou moeten en dingen die voor een bewoner op de verkeerde plek liggen worden feilloos opgemerkt. In het voorbij gaan corrigeert Richelle deze dingen: "*Ja ik ben heel perfectionistisch is, dat is m'n kracht, maar ook echt m'n valkuil hoor. Ik vraag niet alleen van mijzelf een tien, maar verwacht dat ook van anderen en dat is niet terecht."*

In de nacht wil Richelle de bewoners zo min mogelijk storen, maar wel weten of het goed gaat en of ze mensen moet verleggen. Hiervoor heeft ze verschillende trucjes ontwikkeld. Gedurende de nacht laat ze me steeds zien waar ze naar kijkt:

> *Zie je daar die bult rechts? Dat is haar voet. Als ze zo ligt dan ligt ze lekker en weet ik genoeg. (...) Ah, deze mevrouw is naar het toilet geweest, kijk maar, de rollator is verplaatst. Ik zet ze altijd precies zo neer dat ik het handvat door het raampje kan zien.*

Terwijl we van kamer naar kamer sluipen, stil staan, luisteren, iemand recht leggen of goed instoppen vertelt Richelle dat ze de zorg is ingegaan vanuit haar hart. *"Sommige mensen zien hun werk echt als werk, dat heb ik niet. Ik ben hier voor de mensen, vanuit mijn hart. En ik maak graag net even dat extra praatje."* Richelle ervaart echter dat het steeds moeilijker wordt in de zorg om daar tijd voor te vinden. Het duidelijkst merkbaar vond ze dat toen ze een paar jaar terug in de thuiszorg werkte:

> *In plaats van drie kwartier om iemand te douchen kreeg je een half uur en werd je reistijd eigen tijd. Maar je komt niet alleen voor die handelingen of die douchebeurt. Dat praatje wat je maakt is ook belangrijk en je hebt ook een signalerende functie. Dat geeft een heel gehaast gevoel, steeds het idee dat je alweer door zou moeten.*

Met voelbare verontwaardiging vertelt ze dat alles tegenwoordig erg gericht is op indicaties. Als voorbeeld vertelt ze over een mevrouw die 's ochtends om 7:00 uur onder de def (ontlasting) zat. Toen Richelle haar tegen kwam had ze de familie moeten bellen, want ze had

hier geen indicatie voor. Ze kijkt fel als ze dit vertelt. Ook op haar huidige werk mist ze voldoende tijd in haar werk voor de cliënt:

> *Je staat hier nu alleen (wijst naar de twee woonkamers) op zes mensen. Soms is er een omloop, een korte dienst van 17:00-21:00, maar soms ook niet. En er zijn bewoners waar je gewoon echt goed bij moet blijven, maar ja soms moet er ook iemand naar het toilet en dan zijn ze toch alleen. En ja dan is het ook hoe verantwoordelijk voel je je hè? Nou ik voel me heel verantwoordelijk*!

Richelle vertelt dan ook dat ze in gesprek is gegaan en er sinds kort extra personeel staat ingeroosterd. Dat komt onder andere omdat er veel "*regeltaken"* zijn bijgekomen. Regeltaken als gevolg van "*doorgeschoten administratie*" en als gevolg van zelfsturende teams. Ze vindt het goed dat er betere controle is op medicatie en dat er bepaalde dingen worden gerapporteerd, maar ze zegt dat het vaak voelt alsof door alle regels en administraties de kern van het werk uit beeld raakt, dat ze door het regelen niet meer toekomt aan zorgen. Ze verwijst hierbij naar een parodie op de zorg, het verhaal over het protocol van de soep waarin stapje voor stapje het protocol helemaal wordt verfijnd, maar de soep vergeten wordt (zie figuur 1).

Het zelfsturend zijn als team vindt Richelle helemaal niks: "*Ja zelfsturend tot aan de deur. Je mag alles zelf regelen, maar als je dan echt iets wil veranderen komt het management toch weer om de hoek kijken.*" Later op de avond noemt ze hier een voorbeeld van als ze de 'inco's' (incontinentiematerialen) bestelt. Dat is één van de taken die zij heeft gekregen nu ze zelfsturend zijn. Ze vertelt dat er een bepaald budget is waar ze per se onder moet blijven. Anders "*worden ze boos.*" Waarom dan precies? "*Dat is nou zo'n voorbeeld, ik mag het lekker allemaal bestellen, maar ik snap alleen maar een mini beetje. Alles wat daarachter zit mag ik verder niet weten."* Bovendien voelt Richelle het als een opgelegde keuze dat ze als team zelfsturend zijn geworden en heeft ze het idee dat ze hiervoor als team de expertise missen, met name een helicopterview. Het geeft in haar ogen veel onduidelijkheid en het heeft een negatieve invloed op de onderlinge verhoudingen. Er is weinig kennis over de taken die ze moeten doen (bijvoorbeeld roosteren en ziekteverzuim bijhouden): "*We waren een bepaalde rolverdeling gewend. Nu ben je opeens zelf verantwoordelijk voor alles. Ook voor*

feedback op elkaar en dat, met alleen maar vrouwen, is soms best wel eens lastig. Je bent toch ook gewoon collega's."

Of al deze veranderingen haar contact met de bewoners hebben veranderd? Of haar relatie door de tijd heen anders is met de mensen? "*Nee! Nee, daar ben ik te koppig voor. Maar als ik 15 jaar terug was geweest in de tijd, dan was ik echt gelukkiger geweest."*

Wie bekommert zich nog om de soep?

Auteur: Greet Houweling:

Al jarenlang kook ik soep. Lekkere groentesoep. Niks mis mee. Een paar jaren geleden kwam er een kennis die zei: “Schrijf het eens op, hoe je die soep maakt”. Ik vond het een goed idee, en ik noemde het “protocol voor soep”. Als ik soep ging koken, deed ik dat precies volgens mijn **protocol**. Toen kwam er iemand die zei: “als je nou eens precies opschrijft wat je erin doet, dan kun je de ingrediënten **afvinken op een lijst**”. Zo gezegd, zo gedaan. Ik noemde de lijst “ Huffels”, en vergat niets toe te voegen. Het kostte wel meer tijd, maar dat nam ik maar voor lief. Als ik eens van huis moest, vroeg ik één van de kinderen in de soep te roeren. Dat ging prima. Toen zei mijn dochter: “ Mam, je moet opschrijven wanneer je precies roert, hoelang, en hoe vaak”. “Dat is goed”, zei ik, en ik noemde het de “soep-rapportage”. Voortaan schreef ik eerst een **overdracht** voordat ik de deur uitging. Mijn buurman, die bij de vrijwillige brandweer is, kwam langs. Hij vroeg of ik wel dacht aan de **veiligheid**. “Houd je wel aan de voorschriften, voor je het weet heb je de vlam in de pan”. Daar had ik wel van gehoord, dus ging ik op cursus brandveiligheid, en, om het meteen maar goed te doen, leerde ik ook EHBO en reanimatie. We hadden die week geen tijd voor de soep. Na de scholing, waarvoor wij een **certificaat** kregen, hoorde ik dat niet iedereen zomaar mee mocht helpen met mijn soep. Men moest bevoegd en bekwaam zijn. Ik noemde de nieuwe regels de BIG registratie: **Bijzondere Instructies** Groentesoep. Voortaan werd eerst bekeken of men een **certificaat** had voor er geroerd mocht worden. Helaas mochten mijn kinderen niet meer helpen. Maar we vormden een gespreksgroep, we evalueerden, controleerden, en hielden **teamoverleg**. En als er tijd over was, maakte ik gauw nog wat soep. Toen kwam mijn tante eens langs. Ze was op vakantie geweest, en had iets nieuws geleerd: **JCI**. “Dat betekent: Je Controleert Intensief”, zei ze. “Er zijn lijsten over hoe groot de pan moet zijn, hoe lang de pollepel, de potjes voor de ingrediënten, en richtlijnen voor de inrichting van de keuken”. “Ook mag je niet je keukenschort meer aan, maar moet je in je eigen kleding soep maken, dat is huiselijker”. “En hier heb ik lijsten voor de **rapportage**, het links- of rechtsom roeren, het vetpercentage, de calorieën, en natuurlijk de **protocollen**, de BIG-registratie, de **observatielijsten**, en de **veiligheid- certificaten**.” “En al deze lijsten worden **periodiek gecontroleerd** en geüpdatet”. “En we hebben een **accreditatieplan**, dat wil zeggen dat we bij elkaar in de pan gaan kijken”. “we houden **evaluaties**, en, kortom, aan álles wordt gedacht!”

U begrijpt, dit is allemaal erg handig, en er is veel voor te zeggen. Maar ik denk wel tijdens het invullen van al die lijsten: “Wie bekommert zich nog om de soep?”

Figuur 1: Wie bekommert zich nog om de soep. Een parodie op de zorg

4.3 Narratief Fleurine: De zorg, daar doe ik het voor!

Fleurine komt binnen bij een wat dementerende vrouw en haar echtgenoot: Fleurine zegt hartelijk goedemorgen en streelt even de wang van mevrouw. Ze draagt een nachtjapon met I love you erop. 'I love you too!' roept Fleurine. De mevrouw glimlacht breed. 'Van mij?' vraagt de man terwijl hij ook binnen komt uit de gang. 'Ik zou niet durven! Dan krijg ik ruzie met uw vrouw' lacht Fleurine. 'Je moet er iets voor over hebben he' zegt de man. 'Nou dat durf ik niet hoor' zegt Fleurine en ze slaat glimlachend de map open om de medicatie af te tekenen.

Fleurine werkt al meer dan 20 jaar voor dezelfde organisatie als verzorgende IG. Er wordt haar al 17 jaar lang ieder functioneringsgesprek gevraagd of ze niet niveau vier moet gaan doen: "*Maar ik zeg nee! Ik zit op m'n plek op drie, ik weet wat ik kan, ik weet hoe ik het doe, ik weet wie ik ben, laat me met rust (lacht).*" Ze is een hartelijke, eerlijke vrouw die vol humor en met veel enthousiasme op haar fiets langs 'haar mensen' in de wijk fietst.

Overal waar ze binnenkomt wordt een praatje gemaakt en naar het weekend geïnformeerd. Ondertussen worden bijna ongemerkt stoma's verwisseld, medicatie verstrekt, insuline geprikt en katheterzakken gewisseld. Fleurines handen gaan snel en zonder aarzelen. De sfeer voelt luchtig en gezellig. Ook de mensen zelf vragen naar haar weekend en of ze het voetbal heeft gezien. Precies dit wederzijdse contact noemt ze zelf als hetgeen ze zo leuk vindt aan haar werk:

Dat je steeds als gast bij iedereen thuis mag komen, je bent op het laatst geen gast meer, maar je bent een aangenomen dochter. Ik heb vorig jaar met mijn man (...) laminaat op de vloer gelegd. Dan kun je niet meer op of om van de zere knieën. En dan zeggen ze ohnee buk maar niet, ik doe mijn been wel wat hoger. (...) Zo lief allemaal! Zo begaan met je dan.

Fleurine blijft daarom ook graag verzorgende, dan kan ze zich bezig houden met de 'echte zorg'. Hierover zegt ze: "*Niveau vier en vijf vind ik meer gericht op het coördineren van de zorg, de ingewikkelde pompen en overleggen (...) de zorg achter de klant. Ook hartstikke belangrijk. Maar ik vind niveau twee en drie echt zorg bij de klant.*"

Hoewel er volgens haar veel veranderd is in de zorg, en ze zich daar ook over kan opwinden, laat ze haar ochtendzorg hier niet al te veel door beïnvloeden: "*Ik doe mijn ding en ik maak me niet zo druk. Ik begin 's ochtends en tijdsdruk dat gevoel ken ik ook niet. Je hebt maar twee armen, twee benen, je ken maar één keer fietsen."* Ook deze ochtend was er een situatie waardoor ze uitliep. Een mevrouw was ongelukkig en vertelde Fleurine tijdens de zorg hoe ze zich afgewimpeld voelde door de huisarts. Fleurine sprak daar met haar over, belde namens haar nog een keer gedecideerd de huisarts en troostte de mevrouw. Eenmaal buiten zegt ze: "*Dit is dus zo'n situatie dat je dan wat uitloopt. Maar daar is dus niks aan te doen. Je kan toch niet weg als ze dan zo moet huilen? Nee hoor dat gaat niet*!"

De grootste verandering ervaart Fleurine in de toegenomen registratie en verantwoording. Dit is vooral merkbaar in de middag. Na de ochtendzorg wordt ze tegenwoordig verwacht precies te verantwoorden waar ze haar tijd aan besteedt, maar dit ervaart ze als een irreële verwachting die veel frustratie teweeg brengt: "*Dat is niet te doen. Want je doet tussendoor zo'n boel dingen, die collega vraagt wat over die klant, die collega vraag wat over die klant, dan moet je dat allemaal op gaan schrijven [om het niet te vergeten]."* Fleurine geeft meteen zelf ook aan dat ze wel begrijpt dat het nodig is voor "*de centen voor de organisatie"*, maar heeft er in haar werk veel last van en begrijpt ook niet goed waarom het zo uitgebreid moet.

Het zelfsturend zijn als team ervaart Fleurine daarentegen wel als prettig en als een logische uitbreiding van de zelfstandige manier van werken die ze als verzorgende in de wijk al hadden: "*Je bent al zelfstandig werker in de wijk. (…) dan denk ik laat ons dat stukkie dan ook zelf doen."* In het kader van de zelfsturing is Fleurine verantwoordelijk voor de planning. Dit bezorgt haar een hoop extra administratieve taken. En hoewel ze weet dat ook de regiomanager haar taken kent en haar er niet op aanspreekt, is ze zich er sterk van bewust dat haar "*persoonlijk productie zakt"*, doordat ze minder directe zorg verleent.

Het is opmerkelijk dat Fleurine zich aan de ene kant vooral wil bezig houden met de zorg bij en voor de klant, en aan de andere kant ook het roosteren en plannen geen probleem lijkt te vinden. Hieruit blijkt dat Fleurine enerzijds het liefst één op één zorg verleent in de wijk, maar anderzijds het ook erg belangrijk vindt om zelfstandig te zijn en niet teveel dingen van bovenaf opgelegd te krijgen.

Een ander groot verschil met een werkdag tien jaar geleden en een werkdag nu, is het gegeven dat sommige elementen van de zorg die ze voorheen gaven financieel en juridisch zijn losgeknipt van de rest en, afhankelijk van de indicatie, niet meer geleverd mogen worden. Een concreet voorbeeld hiervan is dat het ondersteunen bij het (klaarmaken van) het middageten nu door mantelzorgers gedaan moet worden, tenzij er een ander soort indicatie geregeld is. Fleurine ervaart deze opdeling van het zorgproces als tegennatuurlijk en is er erg gefrustreerd over:

> *Tuurlijk, 's ochtends is ze gewassen ze is hartstikke schoon, maar ze wordt ineens wel zo mager, want niemand komt haar prakkie doen. Dat hoort er toch bij, dat is toch de zorg om de hele klant? [met beide armen maakt ze een rond in de lucht]. (...) Je wil zo graag zoveel doen, maar je wordt teruggefloten want je krijgt er geen indicatie voor, je krijgt er geen uren voor, het mag niet. En in je vrije tijd kan ik al die mevrouwen en meneren geen prakkie gaan lopen geven want dan ben ik helemaal niet meer thuis.*

Omdat ze zich erg verantwoordelijk voelt, doet ze soms veel moeite om een andere indicatie te regelen. Ze heeft echter het gevoel dat er hierdoor niet zichtbaar wordt wat er in het systeem niet klopt:

> I*edereen denkt het gaat goed, het gaat prima, maar nee, we wringen ons in allerlei bochten om het voor de zorgverzekeraar goed te krijgen, om het voor de klant goed te krijgen, op een gegeven ogenblik ben je uitgewrongen en uitgeknepen, dan ben je er klaar mee.*

De zorg die Fleurine 's ochtends of 's avonds geeft is daarentegen volgens haar niet veranderd: "*Nee de zorg is de zorg toch? Een mens is een mens. Alles er om heen is veranderd, maar gewoon achter de voordeur verandert het niet."*

4.4 Gedeelde thema's

Zoals aan de hand van de probleemstelling was verwacht, blijken verzorgenden veel verschillende veranderingen te ervaren in hun beroepspraktijk. In de narratieven is echter te zien dat dezelfde veranderingen soms heel anders beleefd worden en er ook verschillende veranderingen meer naar voren springen voor de één dan voor de ander.

Hieronder zal ik aan de hand van een aantal overkoepelende thema's de overeenkomsten en verschillen in de ervaren veranderingen inzichtelijk proberen te maken. Zoals beschreven in de methode, is de focusgroep hiervoor als eerste klankboord gebruikt. Ik zal dan ook steeds aangeven in hoeverre de thema's herkend werden door de focusgroep en welke thema's de focusgroep juist heeft toegevoegd.

Van lopende band naar ouders van een groot gezin

Vooral uit de ervaringen in de intramurale ouderenzorg rijst het beeld op van de verzorgenden als ouders van een groot gezin, gezamenlijk verantwoordelijk voor het dagelijks reilen en zeilen van het gehele huishouden. Verzorgenden vertelden dat 10 à 15 jaar geleden de afdelingen waar verzorgenden werkzaam waren vaak veel groter waren (bijvoorbeeld 30 bewoners in plaats van groepen van zeven tot acht bewoners) en dat de (deel)taken zowel tussen meer verschillende disciplines als tussen meer verschillende verzorgenden waren verdeeld [Marieke, R2, R3, R6, R7]. Zo waren er meer ondersteunende functies[26] bij de directe zorgverlening en waren er andere functies verantwoordelijk voor de ondersteuning van verzorgenden op het gebied personeelsplanning, functioneringsgesprekken, feedback en het uitbetalen van het personeel. Door bezuinigingen en het invoeren van zelfsturende teams zijn al deze taken tot de verantwoordelijkheid van de verzorgenden geworden. Grote instellingskeukens en wasserettes zijn bovendien gesloten en er wordt nu door de verzorgenden op de huiskamers gekookt. De was van de bewoners wordt verdeeld tussen mantelzorgers en de verzorgenden, evenals een groot deel van het schoonhouden van de appartementen [Eva, Marieke, Richelle].[27]

[26] Voorbeelden hiervan zijn voedingsassistenten, zorgassistenten, zorghulpen en of gastvrouwen. Zij hebben een opleidingsniveau van MBO-1 en waren verantwoordelijk voor het opmaken van de bedden, de ontbijtjes en het verzorgen van koffie en thee.

[27] De schoonmakers die in dienst waren bij de zorginstelling maken daar nu vaak nog steeds schoon, maar zijn ontslagen en werken nu via een schoonmaakbedrijf. Ze hebben inmiddels echter een stuk minder tijd, dus het

Waar de verzorgenden eerst een schakel waren in een groot zorgproces waarin zij bijvoorbeeld op een ochtend een heel aantal mensen moesten wassen, of juist alle kamers af gingen om de medicatie uit te delen, zijn de verzorgenden nu eindverantwoordelijk voor bijna het gehele zorgproces voor een kleinere groep mensen. Dit zou je dus kunnen vergelijken met het ouderschap van een gezin van zeven à acht mensen, waar geen van beide ouders boven de ander staat, maar ze soms wel verschillende persoonlijke voorkeuren of opvattingen over goede zorg kunnen hebben.

Vooral de extra taken die voortkomen uit het feit dat de teams zelfsturend zijn geworden (vaak aangeduid als regeltaken) worden erg verschillend ontvangen. Een aantal verzorgenden ervaart dit als onnatuurlijke taken die afleiden van dat wat ze zien als hun 'echte werk', namelijk de directe zorg geven [Richelle en R1, R4, R7]. Zij lieten weten dat als ze dat leuk hadden gevonden, ze wel secretaresse of administratief medewerker waren geworden. Zij voelen zich bekwaam in het interpersoonlijke contact met de mensen, maar niet geschikt voor en niet enthousiast over computerwerk of andere regeltaken.

> Soms gaat er bij ons iemand met ontslag en dan moet je thuiszorg regelen. Dan ben je zo 2,5 uur bezig voor je überhaupt iemand hebt die denkt dat ze wel zorg kunnen leveren. En dat gaat allemaal van je tijd af. [R7]

Door de diversiteit aan taken vormt het managen van alle verschillende taken een steeds belangrijkere rol in het beroep van verzorgenden dan voorheen. Toch zien de meeste verzorgenden dit coördineren of managen van het zorgproces zelf niet als zorgen: "*Het is net alsof je een heel groot gezin moet managen, en daar dan ook nog voor moet zorgen.*" [R2]

Ook zijn er twee verzorgenden die de verschillende nieuwe taken (onder andere) zien als een leuke mogelijkheid, als een kans om meer te leren over 'wat er achter de zorg zit' en als een mogelijkheid zichzelf verder te ontwikkelen [Marieke, Eva]. Ook voor hen is het echter hard

schoonmaken is erg minimaal en gebeurt alleen als alle planken/vensterbanken leeg staan. De rest wordt van mantelzorg en verzorgenden verwacht.

werken om deze extra taken gedaan te krijgen, terwijl de verantwoordelijkheid voor de directe, interpersoonlijke zorg is gebleven.

De metafoor van de verzorgende als ouder van een gezin doet wellicht ook vermoeden dat verzorgenden als team meer vrijheid ervaren om de zorg zelf vorm te geven. Voor een deel is dit ook het geval en wordt er meer vrijheid ervaren om zelf prioriteiten te stellen naar aanleiding van de zorgbehoeften op dat moment [R3]. Toch blijkt deze ruimte in de praktijk vaak beperkt. Dit komt doordat de verbreding van hun verantwoordelijkheden niet op zichzelf staat, maar gepaard is gegaan met een afname aan personeel, een toename aan verplichte administratie, (medicatie)controle, protocollen en strengere indicatieregels. Verzorgenden hebben het gevoel veel te 'moeten' van externe partijen. Hierdoor ervaren verzorgenden vaak dat het moeilijk is om alle ballen in de lucht te houden [Anne, Eva, Marieke, Richelle, R1-R7]. Een aantal verzorgenden in de focusgroep gaf aan soms niet meer te weten waar te moeten beginnen en/of waar hun verantwoordelijkheden eindigen. Alles lijkt tegenwoordig hun taak [R3, R4, R6].

> We hebben een man die heeft zijn vrouw op een andere afdeling. Dan vind ik het ook wel eens even lekker om met hem daar op bezoek te gaan. (..) Of dat je de krant pakt en gaat zitten. Want je bent nu zelf [verantwoordelijk], er is niemand die dan tegen mij zegt van schiet eens op, heb je de bedden al opgemaakt? [R3]

Tijdsdruk lijkt voor bijna alle verzorgenden een groot en vervelend gevolg van alle veranderingen. Toch zijn er ook twee verzorgenden [R5 en Fleurine] die nadrukkelijk aangeven voldoende tijd te hebben, of in ieder geval te nemen, en zich niet vaak gestrest te voelen. Beide zijn op dit moment werkzaam in de thuiszorg. Voor de rest geldt dat de ervaren tijdsdruk erg afhankelijk is van de dag. Geen dag is hetzelfde, geven meerdere verzorgenden aan, maar de personeelsbezetting is dat wel en dat is soms lastig. [28] Deze spanning tussen het ongewisse zorgproces en de planmatige manier van werken is niet nieuw, maar lijkt wel toegenomen door verschillende elementen: de kleinschaligere woonsettingen, de toegenomen complexiteit van de cliënten, de afname in personeel en het gegeven dat verzorgenden nu

[28] Strikt genomen is niet iedere dag de bezetting gelijk. In de focusgroep kwam ter sprake dat er tegenwoordig heel streng naar de bezetting wordt gekeken en zodra er één cliënt minder is, er ook personeelsleden eerder naar huis gaan, om niet teveel geld uit te geven. Deze fluctuering werkt echter maar één kant op, waardoor er nooit extra ruimte ontstaat.

vaker van de afdeling weg moeten voor acute regelzaken, zoals bijvoorbeeld het zoeken van vervanging voor een zieke collega [Anne, Richelle, Marieke, Eva, R2, R3, R5, R6, R7].

Naast het feit dat het administratieve werk als belastend, tijdrovend en soms ook als afleidend van de interpersoonlijke zorg wordt ervaren, wordt de weerstand voor dit aspect van het werk vergroot door het feit dat de verzorgenden het grotendeels overdreven en onzinnig vinden en het zien als een bureaucratische verplichting [Eva, Richelle, Fleurine, Anne, R1, R4, R7]. Dat geldt niet voor alle administratie. Alle respondenten zijn positief over de toegenomen medicatieveiligheid door meer controle. De uitgebreide zorgleefplannen zijn een groot deel van de verzorgenden echter een doorn in het oog, omdat er veel dingen in moeten worden gerapporteerd en opgenomen die in hun ogen niet gelezen worden en die niet bijdragen aan betere zorg [Eva, Richelle, Fleurine, Anne, R1, R4, R7].

De veranderingen in de zorg hebben er dus voor gezorgd dat de verzorgenden meer verantwoordelijkheden, en daarmee ook wat meer ruimte hebben gekregen om naar eigen inzicht zorg te kunnen geven. Voor sommigen voelt het echter alsof ze niet het vertrouwen en de randvoorwaarden krijgen die daarbij horen en velen voelen zich in ieder geval af en toe gehinderd door de eisen van bovenaf, in de vorm van indicaties, administratie en verplichte regeltaken.

In de focusgroep werd hier nog een gevoel aan toegevoegd: het gevoel dat de verpleegtechnische handelingen van verzorgenden worden afgepakt door verpleegkundigen [R5, R7]. Dit zien zij als een verschraling van het beroep. Dit aspect is bij andere respondenten niet naar voren gekomen. Wel viel het op dat alle verzorgenden de verpleegtechnische handelingen zien als een belangrijk aspect van hun beroep. Eén van de verzorgenden koppelde dit ook expliciet aan de waarde van haar diploma: "*Ik mis verpleegtechnische handelingen wel sterk hoor (..) daar heb je toch je diploma voor gehaald*." [Richelle]

Spagaat tussen verantwoordelijkheidsgevoel & regels

Alle respondenten benoemen dat de afgelopen jaren de indicaties voor zorg strenger en

bepalender zijn geworden. Als een cliënt ergens geen indicatie voor heeft, mag de verzorging daar ook geen zorg voor geven. Een veelbesproken voorbeeld hiervan is de 'middagzorg' bij mensen in de wijk.[29] Deze verandering brengt verzorgenden nu regelmatig in de positie dat ze zich verantwoordelijk voelen voor een zorgbehoefte die ze signaleren, maar deze niet tegemoet mogen komen van de organisatie, omdat hier geen tijd of geld voor is [Richelle, Fleurine, R1, R2, R4]. Sommige van hen kiezen er daarom soms voor om in hun eigen tijd bijvoorbeeld een maaltijd langs te brengen, maar dit is niet altijd haalbaar [Fleurine, Richelle]. Verzorgenden raken erg gefrustreerd van dit gevoel klem te zitten tussen wat ze willen en wat ze mogen doen. Eén van de respondenten is echter van mening dat het cliënten ook goed doet dat er nu meer van henzelf verwacht wordt en is van mening dat het positief is dat er vaak meer mogelijk blijkt als verzorgenden minder snel tegemoet komen aan deze noden, zie ook het kopje 'de zorg is de zorg'[R2]. Ook viel het op dat de meeste verzorgenden het als erg tegennatuurlijk ervaren dat de regels de zorg gefragmenteerd toekennen en ze dus bepaalde deelhandelingen moeten nalaten [Richelle, Fleurine, R1, R3, R4, R6, R7].

Minder hiërarchie

Het valt op dat verzorgenden op verschillende niveaus minder hiërarchie ervaren dan vroeger. Ten eerste is een belangrijke reden hiervoor het feit dat de teams nu zelfsturend zijn en daarmee ook gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het functioneren van het team. Ten tweede kwam in de focusgroep naar voren dat er ook minder hiërarchie wordt ervaren in het contact dat de verzorgenden hebben met de familie. Waar de verzorgenden voorheen een soort autoriteit hadden als ze met de familie in gesprek gingen, is dat volgens hen nu verdwenen. Tot slot voelen ze zich gelijkwaardiger en meer serieus genomen in gesprek met andere disciplines.

> En je hebt ook in de gesprekken met de psycholoog en de fysiotherapeut, de logopediste, maar ook in een teamoverleg eigenlijk veel meer inspraak. Eerst werd zo'n agenda gemaakt door de teamleider of de leidinggevende en nu merk ik dat dat meer iets van ons samen is. [R3]

[29] Ook intramuraal zijn de eisen voor zorg strikter geworden, maar uit de data komt het beeld dat de scheidslijnen per cliënt daar nog iets meer oprekbaar is, omdat het personeel daar de hele dag aanwezig is en ietsje makkelijker kan fluctueren, al wordt het daar heel druk van. Dit is echter niet uitgebreid bevraagd en kan ook toeval zijn. Extramuraal wordt de hulp met de maaltijd tegenwoordig van mantelzorgers verwacht.

Interessant genoeg wordt deze verandering door verschillende mensen beschreven, maar anders beleefd. Een deel kijkt met enige heimwee terug op de duidelijkheid en de orde die de hiërarchie onderling had gebracht [Richelle, R3, R7]. Eén van de respondenten gaf echter aan dat ze het erg fijn vindt dat sinds het team zelfsturend is ook mensen die relatief korter werkzaam zijn nu mee mogen praten, en dat iedereen daardoor meer tot zijn recht komt [Marieke]. Alle respondenten ervaren echter enige spanning tussen enerzijds gelijkwaardige collega's zijn en anderzijds het moeten aanspreken van elkaar op dingen die niet goed lopen.

De zorg is de zorg

Ondanks alle dingen die veranderd zijn in het verzorgend beroep is er ook één aspect dat volgens alle respondenten niet veranderd is en wat ze nog altijd op dezelfde manier doen als toen ze begonnen: de persoonlijke omgang met de mensen. Tijdens het schaduwen viel het op dat iedere verzorgende dat op haar eigen manier doet, afhankelijk van haar eigen persoonlijkheid, maar ook afhankelijk van de cliënten. Het viel op dat alle verzorgenden heel goed op de hoogte zijn van het leven van hun cliënten en ook andersom. Regelmatig vertellen cliënten uit zichzelf van alles, maar vragen zij ook naar het privéleven van de verzorgenden. Er wordt veel gebruik gemaakt van humor en gesproken over meer dan alleen de fysieke zorg die geleverd wordt. Deze omgang lijkt voor iedereen een vanzelfsprekend onderdeel van hun beroep. Sterker nog, het is voor iedereen een belangrijke reden dat ze hun beroep zo mooi vinden.

In de focusgroep kwam wel kort ter sprake dat sommige verzorgenden het gevoel hebben meer dan vroeger te vragen wat de mensen nog zelf kunnen doen [R5, R5]. De ervaring hiermee was positief. Ze hebben het gevoel dat het de mensen weer eigenwaarde terug kan geven. Hoewel er instemmend geknikt werd tijdens de focusgroep, was het niet een onderwerp dat veel is terug gekomen in de verschillende gesprekken. Eén van de respondenten heeft specifiek over dit punt zelfs gezegd dat ze eigenlijk altijd al wel zoveel mogelijk zelf liet doen door de mensen en dat haar contact daarin niet veranderd was [Eva].[30]

[30] Dit betrof een respondent die in 2010 haar diploma heeft gehaald, wat in verhouding met de andere respondenten relatief recent is. Het zou kunnen dat dit haar andere ervaring verklaart.

Generatieverschil

Ondanks het feit dat de verzorgenden zelf in hun beleving geen andere interpersoonlijke zorg geven, ervaren sommige met betrekking tot deze zorg wel een generatieverschil [Anne, R1-7]. Dit onderwerp is niet bij alle respondenten naar voren gekomen en was ook niet iets waar ik naar gevraagd heb. Er is in de focusgroep uitgebreid over gesproken en deze ervaring werd daar breed gedeeld. Met een mengeling van trots, irritatie en bezorgdheid vertelden ze over botsingen met de nieuwe generatie verzorgenden. Het beeld over de verschillende generaties dat naar voren kwam is in tabel 5 samengevat.[31] Hierbij moet worden opgemerkt dat ik dit verschil niet zelf heb waargenomen, maar dat de respondenten dit zo beleven. In de discussie zal ik ingaan op de vraag hoe dit ervaren verschil te duiden zou kunnen zijn.

In de focusgroep werden de verschillen vooral gelinkt aan andere opleidingen (opleiding tot ziekenverzorgenden versus de huidige VIG-opleiding) en ook aan invloeden uit de cultuur en de media waarin lichamelijk contact snel in verband zou worden gebracht met seksuele intimidatie.

Oudere generatie	**Nieuwere generatie**
Heeft hart voor de zorg	Werkt vooral voor het geld
Willen vooral praktisch bezig zijn	Vinden EVV-taken, computertaken en regeltaken leuk en uitdagend
Hebben les gekregen in religie en in het omgaan met gevoelens van ouderen	Krijgen vooral les in competentiegericht werken, in verpleegtechnische handelingen en in het managen van zorg
Hebben tot in den treuren geleerd om een bed goed en vakkundig op te maken en vinden dit belangrijk in verband met decubitus en het prettig liggen van cliënten	Weten niet hoe ze een goed bed moeten opmaken en vinden dit ook niet belangrijk
Hebben veel tiltechnieken geleerd	Krijgen meer theorie
Worden meer gewaardeerd door cliënten	Schrikken cliënten af

[31] Niet ieder verschil betrof een ervaring en veel van deze stellingen zijn normatief. Toch heb ik deze tabel bewust opgenomen, omdat ik denk dat het een helder overzicht geeft van het beeld dat er leeft onder de oudere generatie en dat dit beeld ook ervaringen op de werkvloer kleurt.

Hebben regelmatig lichamelijk contact met cliënten en zien dit als onderdeel van goede zorg	Vinden lichamelijk contact snel te dichtbij komen
Zijn vaak bereid nog iets extra's te doen, ook als dat in eigen tijd is	Kunnen goed nee zeggen en stoppen zodra hun dienst erop zit
Zijn op de hoogte van het privéleven van collega's en vinden dat belangrijk voor goede en fijne samenwerking	Zien hun privéleven als een privéaangelegenheid die hun collega's niet zomaar iets aangaat.

Tabel 5: Ervaren generatieverschil door respondenten

Zelfbeeld verzorgenden

Een laatste bevinding die ik hier zal presenteren betreft niet een ervaren verandering, maar een korte schets over hoe verzorgenden zichzelf als beroepsgroep zien en positioneren, omdat dit nauw lijkt samen te hangen met de manier waarop ze veranderingen interpreteren. Iedere verzorgende heeft, zonder dat ik er naar gevraagd heb, uitgelegd waarom ze geen verpleegkundige is geworden (sommigen met positieve argumentatie, andere negatiever), alsof ze zich hierover moesten verantwoorden.

In de focusgroep is besproken dat het verzorgend beroep echt een ander vak is en niet 'een verpleegkundige maar dan een niveau lager', zoals volgens hen vaak gedacht wordt.

De data doet vermoeden dat verzorgenden die bewust bezig zijn met de gehele beroepsgroep (zoals een bestuursfunctie bij het Platform Verzorgenden V&VN, of mensen die ambassadeur zijn geworden) zich actief verzetten tegen dit beeld van een verzorgende als een 'mindere versie van een verpleegkundige', veel andere verzorgenden hebben dit beeld, wellicht niet bewust, als gangbaar geaccepteerd en verhouden er zich toe.

De manier waarop ze zich willen onderscheiden van het verpleegkundige beroep lijkt nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Binnen V&VN is op dit moment een onderzoek gaande naar de identiteit van het verzorgend beroep. In de focusgroep werd hierover gezegd dat ze het belangrijk vinden dat er gezien wordt dat je je als verzorgende ook binnen je vakgebied verder kunt ontwikkelen en dat je daarvoor niet verpleegkundige hoeft te worden. Daarnaast werd ook genoemd dat ze zich graag willen onderscheiden door hun kunde om duurzame en diepe

relaties met mensen aan te gaan, wat ze zelf afzetten tegen het ‘draaideurcontact uit ziekenhuizen’ dat veel verpleegkundigen hebben. Opvallend bij dit laatste punt is dat zij zich dus onderscheiden van verpleegkundigen met iets waarvan ze het gevoel hebben dat de nieuwe generatie precies dit juist niet zo goed meer zou kunnen en/of belangrijk zou vinden [R1-7].

HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zullen de empirische bevindingen in dialoog gebracht worden met (zorgethische) literatuur. Er zal stil gestaan worden bij tegenstellingen, hiaten, spanningen en overeenkomsten met het oog op de vraag: 'Wat zeggen deze bevindingen over goede zorg vanuit een zorgethisch perspectief bekeken?' Aangezien dit onderzoek exploratief van aard is en de data erg divers is gebleken, is deze discussie te zien als een attendering op thema's en een oriëntatie op mogelijke richtingen voor vervolgonderzoek.

5.1 DE VERZORGENDE ALS BUFFER

Uit de empirische data blijkt dat de beleidsveranderingen in de laatste jaren veel veranderingen teweeg hebben gebracht in de institutionele realiteit waar verzorgenden dagelijks in werken. Verzorgenden moeten zich steeds meer verantwoorden over hun productiepercentages, de administratieve lasten zijn enorm toegenomen en de indicaties die gesteld worden zijn leidend voor de manier en de duur waarop er aan zorgnoden tegemoet gekomen mag worden. [32] Verschillende auteurs hebben kritisch geschreven over deze veranderingen, omdat het organiseren van zorg volgens deze economische rationaliteit geen recht doet aan de logica van het zorgen (Baart & Grypdonck, 2008; Mol, 2006; Tonkens, 2008; Van Heijst, 2005).

De verwachting van mij als onderzoeker aan het begin van deze thesis was dat deze manier van zorg organiseren de afstemming tussen verzorgende en zorgontvanger zou beïnvloeden. Uit de literatuur bleek immers dat het afstemmen zich moeilijk zou verhouden tot de rationele logica en dat voor de morele horizon steeds minder ruimte zou zijn. Uit de data blijkt echter dat verzorgenden zich grotendeels berustend, en soms enorm gefrustreerd, conformeren aan de vele eisen van nieuwe regels en institutionele verwachtingen, maar dat ze de zorgnoden, in

[32] Intramuraal en extramuraal krijgt dit sinds 2015 op een andere manier vorm. De wijkverpleging wordt door het verpleegkundige niveau 5, welke onderdeel zijn van het wijkteam geïndiceerd. De indicatie voor intramurale zorg gebeurd door het centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Welke instanties de zorg toekennen en betalen is terug te vinden op de website van VWS over de langdurige zorg (https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz). Uit de data bleek dat dit door de respondenten die extramuraal werkzaam zijn erg positief ervaren wordt, aangezien de verpleegkundige deel uit maakt van het team en veranderingen zo relatief snel doorgevoerd worden. Intramuraal gaat het aanpassen volgens de respondenten wel snel als de zorgvraag afneemt, maar duurt het erg lang voor een toegenomen zorgvraag aangepast is. Zo kwam het voorbeeld ter sprake dat iemand in verband met een val meer zorg nodig had dan voorheen, maar al overleden was eer de zorg was aangepast.

lijn met de zorgethische literatuur, (blijven) opvatten als steeds veranderlijke, ongewisse processen die ieder moment van de dag weer om een nieuwe afstemming vragen.

Het viel bijvoorbeeld op dat de relatie tijdens de verzorging wederzijds is: de verzorgenden zijn erg begaan met hun cliënten. Maar de cliënten bleken andersom ook erg geïnteresseerd, in het (privéleven van) de verzorgenden. De verzorgenden en cliënten kennen elkaar duidelijk goed en iedere verzorgende gaat op een heel eigen manier om met de cliënten; afhankelijk van zowel de verzorgende als de cliënt is ieder contact uniek. Dit komt overeen met de woorden van Van Heijst (Van Heijst, 2005, 2011).

Ondanks de vele tijdsplanningen en tijdsindicaties die in de praktijk op verschillende plekken terug te vinden waren, gaf iedere respondent aan daar niet (exact) mee te werken, omdat zorg eigenlijk niet te plannen is. Hoe onpraktisch ook, dat de zorg zich niet laat voorspellen en plannen, zien ze als een gegeven. Het feit dat het verzorgenden zich hier bewust van zijn, levert hen echter niet minder stress en tijdsdruk op, aangezien ze zich wel moeten verhouden tot de planning en de (steeds uitgebreidere) verantwoordelijkheden die ze hebben (zie volgende paragraaf). Door (nog) harder te werken, door veel dingen tegelijk te doen en door soms dingen in eigen tijd te doen, blijven de verzorgenden de zorgrelaties vormgeven zoals ze altijd deden en vangen hiermee als het ware de veranderingen die vanuit de instituties aan ze werden opgelegd op, zodat de zorgontvangers hier zo min mogelijk van merken. Op deze manier vormen de verzorgenden een soort buffer tussen de veranderende eisen vanuit de zorgorganisaties en beleid en de zorgrelatie met de cliënten.

Deze manier van omgaan met systeemdruk doet erg denken aan hoe zorgprofessionals toch presente zorg leveren in een sterk gereguleerde context door het er als het ware ‘bij te doen’, maar het hebben opgegeven om daar ruimte of erkenning voor te krijgen (Baart & Grypdonck, 2008, p. 211).[33] Dit beeld zal mensen die deze doelgroep van dichtbij kennen waarschijnlijk niet verbazen, maar is zorgethisch gezien alarmerend om twee redenen. Ten eerste zijn

[33] Een van de respondenten vormde hier echter een uitzondering. Doordat ze bijvoorbeeld met de manager in gesprek ging over haar wens voor meer personeel, deed haar houding meer denken aan de derde houding die Baart en Grypdonck beschrijven, waarin zorgprofessionals met de organisatie in gesprek gaan over de kwaliteit en het doel van zorg (Baart & Grypdonck, 2008, p. 211).

zorgverleners zelf ook waardevolle personen en is het belangrijk dat zij zich erkend en gesteund weten door de relaties om hen heen en door de organisatie waarin zij werkzaam zijn (Kittay, 1999; Van Heijst, 2005, p. 388, 2011). Dat dit nu niet altijd het geval is, blijkt onder andere uit een peiling van de V&VN uit 2017 waarin 46 procent van de verzorgenden en verpleegkundigen aangaf overwogen te hebben om te stoppen met werken in verband met de grote werkdruk (V&VN, 2017). Ten tweede is het belangrijk dat we als samenleving zorgen centraal stellen en systemen daarvan in dienst staan (Tronto, 2013). Als verzorgenden de problemen in het systeem absorberen is het een gevaar dat dit probleem onzichtbaar wordt en de verantwoordelijkheid hiermee wegvalt bij beleidsmakers en politici.

5.2 Kijken naar wat er al is

Als ik als onderzoeker de data naast de beleidsteksten leg over de plannen voor een kwalitatief betere ouderenzorg, kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat er iets geprobeerd wordt toe te voegen aan de praktijk wat er wellicht al is. Zo zijn er veel programma's en cursussen voor persoonsgerichte zorg, maar hier heb ik vanuit de respondenten weinig over terug gehoord. Zoals ik ook in de bovenstaande paragraaf beschreef, gaven ze juist aan dat het wederzijdse contact dat ze met de mensen hebben iets is dat ze altijd al zo doen. Het zou kunnen dat verzorgenden deze ontwikkeling minder bewust hebben doorgemaakt en het contact wel veranderd is. Het zou ook kunnen dat de focus op persoonsgerichte zorg nog te jong is om in de praktijk zichtbaar te zijn, maar de discrepantie was opvallend. Hoe dan ook zou ik in aansluiting op Baart en Vosman willen waarschuwen voor het teveel op willen leggen van goede ideeën over zorg, terwijl er in de praktijk al zoveel goeds aanwezig is (Baart & Vosman, 2015). In mijn observaties heb ik veel mooie aanknopingspunten gezien voor goede zorg. Ik denk dan ook dat door het (nog beter) afstemmen van ieders zorgopvattingen en het ondersteunen van elkaar deze zorg nog veel beter en duurzamer vorm zou kunnen krijgen, door bijvoorbeeld meer te richten op lerende organisaties zoals Baart en Vosman voorstellen. Hierbij wordt reeds aanwezige kennis aangeboord, uitgewisseld en bereflecteerd. Zij beschrijven hoe dit kan leiden tot meer verbondenheid, vertrouwdheid, duurzaam leren en meer zelfbewustzijn (Baart & Vosman, 2015, p. 285). Dit is dus een ander startpunt dan een nieuw programma aan zorg te willen toevoegen, hoe mooi het theoretisch ook in elkaar steekt.

5.3 Holistischere zorg

Hierboven laat ik zien dat de veranderingen in de organisatie van de zorg voor een deel een

negatieve invloed hebben gehad op goede zorg, of in ieder geval dat deze goede zorg eerder hebben bemoeilijkt dan bevorderd. Uit de data komt echter ook naar voren dat door de verbreding van het takenpakket van de verzorgenden de zorg ook een holistischer geheel is geworden. Dit kan – ook op basis van de literatuur - worden aangeduid als een positieve verandering.

Zoals ook in de probleemstelling besproken, was er tussen 1990 en ongeveer 2010 een trend gaande in de zorg van taakdifferentiatie, schaalvergroting en standaardisering met het oog op efficiëntere zorgprocessen, maar is er sinds een aantal jaar weer een beweging gaande richting kleinschaligere woonvormen (Offereins & Have, 2016; Stuurgroep V&V 2020, 2012b). Een andere trend die in de praktijk veel invloed gehad bleek te hebben op het takenpakket van verzorgenden was de opkomst van zelfsturende teams in de ouderenzorg (Trimbos Instituut, 2017). Uit de data komt ook naar voren dat er nu minder vaak onderling taken worden verdeeld, maar dat verzorgenden verantwoordelijk worden gemaakt voor de gehele zorg rondom een aantal cliënten. Het element van differentiatie en specialisering, welke Baart en Grypdonck ook als een aspect van systeemdruk zagen, lijkt dus voor de beroepspraktijk van verzorgenden de laatste jaren juist afgenomen (Baart & Grypdonck, 2008, p.207).

Tronto heeft de mate van integratie van het zorgproces als analytisch hulpmiddel gemaakt voor het onderscheiden van goede zorg (Tronto, 1993, p. 106,109). Onder zorg verstaat zij '*a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible.'* (Tronto, 1993, p. 103). Samen met Fischer heeft zij een aantal (niet per se chronologische) fasen in dit zorgproces onderscheiden: *caring about, taking care of, care giving, care receiving en caring with* (Tronto, 1993, pp. 105–108, 2013). Ondanks het feit dat er volgens haar altijd conflicten zullen bestaan tussen de verschillende fasen in het zorgproces, zegt ze toch dat alle fasen zo goed mogelijk op elkaar zouden moeten aansluiten en een holistisch geheel zouden moeten vormen (Tronto, 1993, p. 109). Zoals gezegd blijkt uit de data dat er een goede stap in de richting van meer geïntegreerde zorg is gezet.

Uit de data blijkt dat de verzorgenden voorheen vooral bezig waren met de directe, intermenselijke en fysieke zorgverlening voor de cliënten. Dit is op te vatten als '*care giving',* de derde fase van Tronto, die in nauw verband staat met de vierde fase: het ontvangen van zorg. Door de verbreding van hun takenpakket zijn verzorgenden nu echter ook in steeds grotere mate verantwoordelijk voor de tweede fase van zorg, '*taking care of*'. Ze zijn er immers verantwoordelijk voor dat er goed gezorgd kan worden, door bijvoorbeeld het personeel in te roosteren en te zorgen dat bepaalde materialen op voorraad zijn. Ook lijken ze door de zelfsturing meer zicht te krijgen op de vraag of de vijfde fase, '*caring with'*, bereikt wordt. Dit is een fase die Tronto later pas heeft toegevoegd en vooral betrekking heeft op het bestendigen van democratische zorgpraktijken door rechtvaardigheid, vertrouwen en solidariteit (Tronto, 2013). Eigenlijk komen in deze laatste fase de eerdere vier fasen samen, omdat het gaat over een vertrouwen dat alle vier fasen continu weer doorlopen zullen worden en dat zorgnoden continu zullen worden gezien en beantwoord (Tronto, 2013, 2017).

Deze uitbreiding van taken heeft echter ook een keerzijde. Ten eerste ervaart een deel van de respondenten, in lijn met de bevindingen uit eerder onderzoek (Stoopendaal, Bochove, Hoogendijk, & Bal, 2018, p. 21), de regeltaken als gevolg van de zelfsturing als een enorme last en afleiding van hun 'echte werk' (hieronder zal ik langer stil staan bij de vraag wat zij dan verstaan onder hun echte werk en wat dit zegt over hun beroepsopvatting). Ook de respondenten die het positiever beleven, zien de taken als een toename in werkdruk aangezien er geen taken uit hun pakket zijn verdwenen. Het gevoel veel meer regeltaken te doen sluit aan bij de constatering dat zorgprofessionals in de langdurige zorg tegenwoordig meer administratieve druk ervaren dan zijzelf nog acceptabel vinden (De Veer, De Groot, Brinkman, & Francke, 2017; Skipr Redactie, 2017).[34]

De ervaring van de respondenten dat ze, ondanks de zelfsturende zorgstructuur, vastzitten aan veel regels sluit aan bij eerder onderzoek dat aantoont dat verzorgenden in zelfsturende teams niet meer autonomie ervaren dan in meer hiërarchische organisaties (Trimbos Instituut, 2017). Volgens zelfsturings-expert Franken komt dit door verkeerd ingevoerde zelfsturing waarbij

[34] Ten gevolge van zelfsturing zijn verzorgenden tegenwoordig ongeveer 31 procent van hun tijd kwijt aan administratieve lasten (waar dit in 2016 en 2017 nog 25 procent was en 17 procent acceptabel wordt ervaren door henzelf). Uit het NiVEL onderzoek blijkt dat twee derde van de paneldeelnemers de administratieve druk te hoog vindt.

verzorgenden niet meer regelruimte krijgen, maar slechts meer regeltaken (Maseland, 2018). Of, hoe en in welke vorm meer regelruimte voor verzorgenden in de praktijk daadwerkelijk bijdraagt aan betere zorg zou, bijvoorbeeld door middel van actieonderzoek, in vervolgonderzoek aandacht moeten krijgen.

In lijn met de bevindingen laten Stoopendaal et al. ook zien dat de ervaren regeldruk toeneemt op het moment dat het gevoel bestaat dat de regels niet bijdragen aan het doel van de zorg (Stoopendaal et al., 2018, p. 12). Dit is volgens Tronto altijd een belangrijk signaal dat deze regels opnieuw bekeken zouden moeten, omdat dit aangeeft dat instituties zorgen onvoldoende centraal stellen (Tronto, 2010). Algemeen bekeken stellen Stoopendaal et al. dat regels en protocollen zich eigenlijk altijd spanningsvol verhouden met persoonlijke aandacht en de sociale dimensie van zorg en bovendien vaak een negatieve invloed hebben op de motivatie van zorgverleners (Stoopendaal et al., 2018, p. 12). Gezien deze discrepantie tussen sturing op productiecijfers en de relationele zorgopvatting van de verzorgenden is het in mijn optiek een waardevolle ontwikkeling dat er op sommige plekken al gekeken wordt naar meer narratieve vormen van verantwoording (Stoopendaal et al., 2018, p. 76). Ook sluit ik me aan bij hun analyse dat het tijd wordt om als maatschappij te erkennen dat zorgen een complex proces is en dat het belangrijk is om te proberen om de sterk bestaande neiging om nieuwe processen meteen weer vast te leggen met strakke regels tegen te gaan en in plaats daarvan gezamenlijk te reflecteren op wat belangrijk is (Stoopendaal et al., 2018, p. 77).

Een belangrijk element van de tweede fase van zorg, namelijk het bepalen op welke manier en met welke middelen en tijd een zorgnood verlicht gaat worden, ligt nog altijd niet bij verzorgenden, maar wordt grotendeels door indicatiestellers vastgelegd aan de hand van universeel opgestelde kaders. Dit is niet nieuw. Tronto beschreef in 1993 al dat grote bureaucratieën er regelmatig voor zorgen dat er gekozen wordt om een zorgnood op een bepaalde manier tegemoet te komen die weinig aansluit bij de praktijk (Tronto, 1993, p. 109). En hoewel verzorgenden tegenwoordig dus deels verantwoordelijk zijn geworden voor deze tweede fase, zijn zij voor het beschikbaar stellen van tijd en middelen erg gebonden aan elders opgestelde regels en vastgestelde zorgindicaties. Hiermee is de ruimte om vanuit hun professie te handelen vanuit de zorgnood die ze waarnemen, wat zij blijkens de interviews en observaties als hun ‘echte werk’ beschouwen, sterk ingekaderd. Een voorbeeld waar dit het

meest helder in naar voren komt, is het niet mogen verlenen van middagzorg, ondanks het feit dat ze het idee hebben dat niemand anders dit doet en hier wel behoefte aan is.

Zoals hierboven benoemd, hebben verzorgenden een duidelijke opvatting over wat hun echte werk is, en horen regeltaken hier niet bij. Als we Tronto's beschrijving van zorg naast de empirie leggen, lijkt het alsof verzorgenden zelf een smallere definitie van zorg hanteren dan Tronto (1993, p. 103). Zoals naar voren kwam in het vorige hoofdstuk, maken de respondenten een duidelijk onderscheid tussen direct, (fysiek) zorgen enerzijds en regeltaken anderzijds. In de focusgroep kwam ook ter sprake dat ze vooral het 'echt contact maken met de mensen en de mantelzorgers' als de kern van hun beroep zien. In de definitie van Tronto vormen de meeste van de regeltaken en indirecte zorgverlening echter ook een belangrijk deel van zorgen. Aan de andere kant blijkt uit het handelen van de verzorgenden niet dat ze een smalle opvatting van zorg hebben. Met veel toewijding werd er bijvoorbeeld ook tijd uitgetrokken om familie mee te nemen in het proces van verhuizen naar een psychogeriatrische instelling en in het begeleiden van een goede overgang (waar veel regeltaken bij komen kijken). In de observaties viel het ook op dat ze in de praktijk veel meer tegelijkertijd doen dan enkel één op één contact maken met de bewoners. Zo hadden de respondenten zonder uitzondering aandacht voor de woning (moeten de ramen nog een keer schoon, wat heeft u mooie bloemen)[35], aandacht voor de leefwereld om de cliënt heen en aandacht voor de kleding (ziet iemand er mooi uit en/of zit het lekker). Deze zaken lijken voor de verzorgenden zo vanzelfsprekend dat dit niet expliciet naar voren kwam in hun opvatting van goede zorg en van hun vak als verzorgende.

5.4 Heimwee naar hiërarchie

Bij enkele respondenten bleek ook een gevoel van heimwee aanwezig te zijn naar de tijd dat zaken duidelijk en helder verdeeld waren, waarin er één teamleider was die aangaf wat er zou gebeuren en dat daar naar geluisterd werd.[36] Hieruit blijkt dat een positief element van de

[35] Bij specifiek de schoonmaaktaken moet gezegd dat de respondenten hier wel attent op waren, maar over het algemeen wel te weinig tijd hebben om hier vervolgens ook acties aan te verbinden. Binnen de ruimte die ze hebben wordt er geprobeerd te helpen met een keer iets afnemen, met vragen of iemand de ramen kan wassen, maar ondanks dat ze zien dat dit belangrijk is om fijn te kunnen wonen, worden ze hier begrensd door gebrek aan tijd en hun functieomschrijving.

[36] Eén van de respondenten gaf juist expliciet aan meer erkenning en gelijkwaardigheid te ervaren nu ze als zelfsturend team minder hiërarchisch waren. Dit betrof een verzorgende die relatief kort in het team werkzaam

hiërarchische zorgcultuur ook een bepaalde mate van veiligheid en duidelijkheid is. Deze notie zou mijns inziens meegenomen moeten worden bij het anders (democratischer) inrichten van de zorgpraktijk, door aandacht te hebben voor de vraag hoe ook in deze nieuwe manier van samenwerken gezorgd kan worden voor een overzichtelijke en veilige werkomgeving voor (alle) verzorgenden. Dit sluit ook aan op het advies van Willemse, om meer te investeren in dan wel leidinggevenden, dan wel coaches voor zorgmedewerkers, om bij te dragen aan het welbevinden van zorgmedewerkers (Willemse, 2016).

5.5 Relationele infrastructuren verbeterd?

Zoals al een aantal keer is aangestipt, hebben de verschillende veranderingen ervoor gezorgd dat de verzorgenden nu vaker een vast aantal cliënten hebben waar ze verantwoordelijk voor zijn. Hoewel sommige respondenten hebben aangeven dit prettig te vinden, stond dit niet centraal in de ervaring van de verzorgenden met betrekking tot de veranderingen. Wel viel het tijdens het observeren op dat, in contrast met de literatuur, waarin werd geschetst dat zorgprofessionals als fabrieksonderdelen door de organisatie werden gestuurd, de respondenten veelal met vaste routes en daardoor met vaste cliënten werken (Van Strien geciteerd in Van der Kooij, 2003; Van Heijst & Vosman, 2010, p. 20). Ze zijn allen bereid (en dat gebeurde ook soms) om te wisselen en zich flexibel op te stellen, maar grotendeels hebben de verzorgenden te maken met dezelfde cliënten en, zeker gezien het zelfsturende team, ook steeds met dezelfde collega's. In hoeverre dit daadwerkelijk verbeterd is, of dat dit misschien toch altijd zo is geweest, kwam niet goed naar voren, maar de relationele infrastructuren lijken goed gewaarborgd in de praktijk en dit draagt ook weer bij aan goede afstemming tussen verzorgenden en de cliënten.

De afstemming tussen de verzorgenden onderling is ook een aspect dat positief in het oog sprong door het vele meedenken en helpen van elkaar door de dag heen. Wel kwam er meerdere keren naar voren dat deze afstemming van karakter aan het veranderen is nu verzorgenden geacht worden elkaar als collega's feedback te geven. De respondenten ervaren een spanning tussen het aanspreken op elkaars fouten en gelijkwaardige collega's zijn op de werkvloer. Dit feedback geven op elkaar kwam niet naar voren in de observaties en was ook

was. Het is dus voor te stellen dat vooral verzorgenden die langer werkzaam zijn die hiërarchie als prettig ervaren, dit zou echter verder onderzocht moeten worden.

niet expliciet onderwerp van dit onderzoek. Het zou echter interessant zijn om hier verder naar te kijken en te onderzoeken waar deze spanning uit voort komt. Is het een kwestie van wennen om ook kritische feedback te ontvangen van een gelijke? Is de omgeving veilig genoeg om dit te ontwikkelen? Komt de feedback op elkaar voort uit andere opvattingen van zorg en zo ja is er dan ruimte voor dat gesprek? Uit de literatuur blijkt dat dit aspect ook veel te maken heeft met verschillende generaties, zie ook de volgende paragraaf.

5.6 Een nieuwe generatie: vroeger alles beter?

Hoewel er in de eerste paragraaf is besproken dat het afstemmen tussen zorgverlener en zorgontvanger weinig veranderd lijkt te zijn, maken sommige respondenten zich wel zorgen over de ontwikkelingen in hun beroep met betrekking tot dit afstemmen. Uit de empirie kwam naar voren dat ze een zekere mate van botsing ervaren op de werkvloer met de nieuwe generatie verzorgenden en dat ze bij deze generatie een gemis ervaren op het gebied van praktijkkennis, aandacht, het vermogen tot het intermenselijke element van zorgen en de bezieling voor het vak.

Voor ik hierop verder denk, wil ik opmerken dat dit verschil tussen generaties niet centraal stond in dit onderzoek of in de observaties naar boven is gekomen, maar wel is wat (een deel van) de respondenten (van de oudere generatie) ervaren. Omdat het in mijn ogen tekenend is voor de manier waarop deze respondenten aankijken tegen de ontwikkelingen in hun beroepsgroep en er ook een aantal concrete ervaringen zijn gedeeld waarin deze botsing tussen generaties een grote rol speelde, ga ik er hier toch op in. In mijn ogen is het echter van belang dat in vervolgonderzoek ook een stem gegeven wordt aan andere betrokkenen (andere verzorgenden uit de oudere generatie, de nieuwe generatie zelf, zorgontvangers). Vanuit zorgethisch oogpunt is het altijd belangrijk om meerdere perspectieven te betrekken, maar omdat het bij dit specifieke punt de ervaringen van de respondenten ook oordelen bevatten over de mentaliteit en insteek van een andere groep zorgverleners, vind ik dat van nog groter belang.

Wat deze ervaring mogelijk verklaart, is het feit dat de opleiding meer theoretisch is geworden (Kessels, 2010). Dit kan natuurlijk andere beroepsbeoefenaren hebben opgeleverd.

Sterker nog, dat was in zekere zin natuurlijk ook de motivatie om deze verandering in gang te zetten. Een complexere zorgvraag zou gespecialiseerdere kennis en andere competenties vragen. Het is niet onwaarschijnlijk dat al deze nieuwe kennis, en met name nieuwe competenties, ten koste gaan van andere elementen van het beroep, zoals bijvoorbeeld bepaalde praktijkkennis en het afstemmen op cliënten.

Het is echter de vraag of de ervaren cultuurverschillen met de nieuwe generatie niet ook voortkomen uit een bredere maatschappelijke tendens waarin jongeren zich zakelijker en onafhankelijker lijken op te stellen, ongeacht de beroepsgroep. Dit sluit aan bij de literatuur over generatieverschillen op de werkvloer. In een grootschalig internationaal onderzoek kwam naar voren dat 55 procent van de mensen generatieproblemen ervaart op de werkvloer (Wapenaar, 2016). En ook specifiek voor de (ouderen)zorg is dit geen nieuw fenomeen. In de artikelen hierover komt een aantal vergelijkbare elementen naar voren als welke de respondenten beschrijven. Zo werd ook daar gewezen op de meer assertieve nieuwe generatie die goed nee kan zeggen en daarmee arrogant en zakelijk over kan komen op de oudere generatie. Ook kwam het vele feedback geven en competentiegericht werken naar voren. De respondenten leggen, net als in het artikel van Wapenaar, de link met een nieuw soort opleiding waarin theorie en competenties een veel grotere rol spelen dan in de opleiding tot ziekenverzorgenden die ze zelf hebben gevolgd, welke meer praktijkgericht was.

In het artikel van Wapenaar stelt arbeids- en organisatiepsycholoog Geertje Peneder dat het karakter van de nieuwe generatie, generatie Y, erg goed bij de veranderingen in de zorg past: ‘Generatie Y[37] is over het algemeen ondernemend, sterk in netwerken en kritisch. Ze komen graag met ideeën, zijn ambitieus en zijn wars van betutteling en hiërarchie. Dat zijn waardevolle kwaliteiten voor het bottom-up organiseren van de zorg (..) de zorg is enorm veranderd, en de jongeren hebben de theoretische bagage én de ambitie om aan te sluiten bij behoeften van mensen.’ (Wapenaar, 2016, p. 13). De karaktereigenschappen die Wapenaar noemt, sluiten aan bij de ervaring van de respondenten. Dus hoewel het niet helemaal duidelijk is of de jongere generatie beter bij de veranderingen in de zorg zou passen, of dat de veranderingen in de zorg wellicht een gevolg zijn van de komst van een nieuwe generatie, als

[37] Generatie Y is volgens Peneder grofweg iedereen die geboren is tussen 1980/1985 en 2000.

onderdeel van een grotere cultuurverandering, lijken deze inzichten het gevoel van de respondenten te bevestigen: de nieuwe verzorgenden worden zakelijker ervaren dan de huidige generatie. Deze verontrusting van de respondenten is wat Van Heijst in haar cultuurkritiek beschrijft als de verzakelijking van de maatschappij, welke ze in navolging van Arendt ziet als symptoom van het onvermogen van de maatschappij om te leven met de verschillen tussen mensen en de ongewisheid te verdragen die dat met zich meebrengt (Van Heijst, 2005, p. 119). Dit heeft in mijn optiek ook weer alles te maken met de grote neiging naar nieuwe regels en protocollen zoals eerder besproken is.

Het mag niet worden uitgesloten dat de nieuwe, jonge generatie verzorgenden nog weinig ervaring heeft als ze van de opleiding komt en dat het daarom tijd kost om een (in de ogen van de oudere generatie) goede omgang met ouderen eigen te maken. Verschillende respondenten hebben in hun interview aangegeven te zijn gegroeid in hun vak en dan met name in precies dit aspect: het afstemmen en het op een goede en passende manier contact hebben met de ouderen. Dit zien ze als een belangrijk onderdeel van hun vak, een onderdeel waar veel ervaring bij komt kijken. Ook zou het kunnen meespelen dat de doelgroep ouderen tegenwoordig anders is. Toen de oudere generatie verzorgenden begon met werken, waren de cliënten die ze verzorgden nog een stuk vitaler (de zorgvraag was toen gemiddeld genomen immers minder complex) en het contact daarmee ook heel anders van aard. Het zou goed kunnen dat voor de net beginnende verzorgenden de oudere cliënten op dit moment ver af staan van hun eigen leeftijd en belevingswereld.

In vervolgonderzoek zou ook (nog meer) gespecificeerd moeten worden waarin de verzakelijking van de nieuwe generatie en het onvermogen tot goed contact maken, dat de oudere generatie ervaart, zich dan precies uit. Een veel gehoord voorbeeld in de data is dat ze er (te) goed in zijn geworden om eigen grenzen te stellen. Hoewel deze observatie door de oude generatie duidelijk als erg negatief wordt ervaren, is het erg afhankelijk van de context en de ervaring van alle betrokken hoe dit geïnterpreteerd moet worden. Ook de zorgverlener zelf is immers een waardevol en kwetsbaar persoon en zou niet aan de zorg ten onder moeten gaan. Als het daarvoor nodig is om grenzen te stellen, zou het ook opgevat kunnen worden als een vorm van zelfzorg. Dit suggereert echter dat er altijd sprake is van iets dat ofwel goed is voor de zorgverlener, ofwel voor de zorgontvanger. Zowel Van Heijst als Van Nistelrooij laten echter zien dat deze dualistische voorstelling van zaken, waarin het goede voor de

zorgverlener tegenover dat van de zorgontvanger wordt geplaatst, lang niet altijd recht doet aan de relationele zorgpraktijken waarin het goede voor de zorgverlener en zorgontvanger meer verstrengeld kunnen zijn dan deze (zakelijke) balans doet voorkomen (Van Heijst, 2005, p. 388; Van Nistelrooij, 2014, p. 233). Als deze verhoudingen in de nieuwe generatie daadwerkelijk aan het verschuiven zijn, zou het interessant zijn om te kijken hoe dit precies komt en hoe de betrokkenen dit ervaren.

5.7 Samenvatting

Er is besproken hoe de respondenten, in lijn met de literatuur en beleidsteksten, een toename aan werkdruk, administratielasten en focus op productie hebben ervaren. Ook is besproken hoe ze ondanks deze systeemdruk toch tijd en ruimte weten te maken om de wederzijdse afstemming tussen hen en de cliënten te laten ontstaan. Dit lijkt bemoeilijkt te worden door de vele taken en beperkte regelruimte, maar bevorderd door het meer holistische zorgproces en door het feit dat de verzorgenden en de cliënten meer met dezelfde mensen te maken hebben. Vanuit zorgethisch oogpunt is het belangrijk om stil te staan bij de vraag of dit een duurzame manier is voor verzorgenden om dit werk te blijven doen. Hoewel alle respondenten vol enthousiasme over ‘hun mensen’ en over hun vak praten, lijkt de ervaren discrepantie tussen hun opvatting van goede zorg en de institutionele aansturing (op productiecijfers en zorgleefplannen-administratie) hen ook op te breken.

Een opvallende uitkomst die ook besproken is, is het feit dat de verzorgenden een generatieverschil ervaren met de nieuwe generatie verzorgenden. Een groot deel van hen maakt zich ongerust omdat ze het gevoel hebben dat de elementen van de zorg die voor hen zo cruciaal zijn niet gecontinueerd zullen worden. Zeker met het oog op de aandacht die er nu uitgaat naar het werven en goed opleiden van deze nieuwe generatie, is het belangrijk om stil te staan bij dit (ervaren) generatieverschil. Zowel om om te gaan met de verschillen op de werkvloer, als om het gesprek aan te gaan over deze (eventuele) ontwikkeling in de beroepsgroep.

Een belangrijke start voor vervolgonderzoek zou mijns inziens zijn om te kijken naar de ervaring van de nieuwe generatie verzorgenden en van de zorgontvangers. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn om zorgontvangers aan het woord te laten over hun ervaringen

met de zorg de afgelopen 15 tot 20 jaar en wat hen daarin is opgevallen. Gedacht zou kunnen worden aan een meervoudige studie, waarin over specifiek dit generatieverschil met ouderen, met nieuwere verzorgenden en zorgontvangers gesproken wordt en vervolgens de verschillende visies bij elkaar gebracht worden in een dialogisch gesprek.

Daarnaast zou het, in navolging van Tronto, goed zijn om op regelmatige basis met alle betrokkenen (denk aan het management van de zorginstellingen, beleidsmakers, HR, verzorgenden, verpleegkundigen, zorgontvangers en naasten) om tafel te gaan zitten en het gesprek aan te gaan over de vraag 'Wat vinden wij goede zorg?' en 'Waar verschillen en conflicteren onze opvattingen van de zorgnoden die er zijn en hoe komt dit?' (Tronto, 2010). Dit zou geen incidenteel gesprek moeten zijn, maar een doorlopende dialoog. Dit zou niet alleen inzicht kunnen verschaffen in de ontwikkeling in de beroepsgroep, maar ook kunnen bijdragen aan *caring institutions* en het bestendigen van een democratische zorgpraktijk. Hiervoor is het belangrijk elkaars perspectieven goed te begrijpen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door middel van responsief evaluatieonderzoek (Visse, Abma, Widdershoven, & Widdershoven, 2015). Belangrijk vertrekpunt hierbij is dus dat de beroepsgroep verzorgenden niet één homogene groep is, maar dat de verschillende generaties, ervaringen en opleidingen hebben geleid tot verschillende soorten beroepsbeoefenaren met verschillende zorgopvattingen.

HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE & AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste bevindingen worden samengevat en zal er een antwoord geformuleerd worden op de hoofdvraag die centraal stond in dit onderzoek: '*Of en hoe hebben verzorgenden die al langere tijd werkzaam zijn in de ouderenzorg veranderingen ervaren in hun beroepspraktijk door veranderingen in de maatschappelijke en politieke context, met specifieke aandacht voor de relatie tussen de verzorgende en de zorgontvanger en wat betekent dit voor goede zorg*?' Er zal worden afgesloten met een aantal aanbevelingen aan de Commissie Ethiek van de V&VN.

6.1 CONCLUSIE

Uit dit onderzoek bleek dat verzorgenden veel veranderingen hebben ervaren in hun beroepspraktijk, maar dat er een grote diversiteit bestaat in de beleving van en omgang met deze ervaringen. Zo zijn er bijvoorbeeld veel verzorgenden die ervaren dat zelfsturing hun beroepspraktijk heeft veranderd, maar sommige respondenten zien het als een afleiding van het 'echte zorgen' terwijl andere het ervaren als een uitdaging en verbreding van hun kennis over het zorgproces. Toch waren er ook een aantal gedeelde ervaringen.

Ten eerste bleken verzorgenden voor een groter deel van het zorgproces verantwoordelijk te zijn geworden, waardoor de zorg holistischer lijkt te worden. Gezien de kritiek die er bij veel (zorgethische) auteurs is geweest op de gefragmenteerde invulling van het zorgproces (zoals Tronto met haar vijf fasen beschrijft) lijkt dit een goede ontwikkeling voor goede zorg. Dit blijkt in de praktijk ook zijn vruchten af te werpen. Nader bekeken blijkt echter ook dat er nog steeds een aantal elementen van het zorgproces zijn, zoals de indicatiestelling en regelgeving, die buiten de invloedsfeer van verzorgenden liggen, waardoor de zorg minder holistisch is dan hij op het eerste oog lijkt. Dit wordt versterkt door het feit dat deze indicatiestelling en regelgeving de zorg gefragmenteerd toekennen en/of beoordelen, waardoor er een discrepantie wordt ervaren tussen de opvatting van goede zorg van verzorgenden en de institutionele aansturing ervan.

Een ander aspect van de ontwikkeling dat verzorgenden een bredere verantwoordelijkheid hebben gekregen in het zorgproces is dat de werkdruk is toegenomen, doordat ze aan deze nieuwe verantwoordelijkheden moeten voldoen. Hierbij speelt ook mee dat ze, in lijn met de literatuur en beleidsteksten, een toename aan administratielasten en een focus op productie ervaren. Waarbij de administratie voor een deel als onvermijdelijk en nuttig, maar voor een groot deel ook als verplichte en onzinnige bureaucratie wordt ervaren, die niet bijdraagt aan goede zorg.

Er komt echter ook naar voren dat verzorgenden ondanks deze systeemdruk toch tijd en ruimte weten te maken om de wederzijdse afstemming tussen hen, de zorgontvanger en diens omgeving te laten ontstaan. Iets wat in hun ogen altijd al de kern was van hun beroep. Relationaliteit lijkt daarmee minder onder druk te staan door de institutionele en politieke context dan verwacht was op basis van de probleemstelling en de theoretische verkenning. Zoals aan de hand van Van Heijst in het theoretisch hoofdstuk is besproken brengt deze relationaliteit veel onvoorspelbaarheid met zich mee. Verzorgenden lijken vooral voor dit ongewisse aspect van verzorgen, de zorg die zij op dat moment nodig achten, maar die niet op hun takenlijst of in de indicaties is ingepland, ruimte te creëren door (nog) harder te werken en soms dingen in hun eigen tijd te doen. Hierdoor vormen zij een onzichtbare buffer tussen de institutionele/politieke context, die weinig ruimte laat voor het onvoorspelbare aspect van zorgen, en de zorgontvanger. Vanuit zorgethisch oogpunt is dit problematisch om twee redenen. Ten eerste omdat hierdoor de negatieve uitwerking van veranderingen in de inrichting van het zorgproces in de praktijk verhuld blijven, omdat ze worden opgevangen door verzorgenden. De besproken zorgethische auteurs beschrijven dat zorginstituties in dienst moeten staan van het primaire zorgproces en de systemen binnen deze instituties het doel niet moeten overschaduwen. Het feit dat verzorgenden nu om de systemen heen moeten werken en op sommige vlakken eerder ondanks dan dankzij de systemen hun zorg goed af stemmen is een belangrijk signaal dat meer zichtbaar zou moeten worden. Ten tweede is dit problematisch omdat het waarschijnlijk geen duurzame manier is voor verzorgenden om hun werk te doen en zorgverleners zelf waardevolle en kwetsbare mensen zijn.

Tot slot was een opvallende uitkomst het feit dat een deel van de verzorgenden een generatieverschil ervaart met de nieuwe generatie verzorgenden. Een groot deel van hen maakt zich ongerust omdat ze het gevoel hebben dat de elementen van de zorg die voor hen

zo cruciaal zijn niet gecontinueerd zullen worden. Dit ervaren verschil zou verschillende oorzaken kunnen hebben en is in deze studie ook slechts vanuit één perspectief belicht.

6.2 Aanbevelingen voor de Commissie Ethiek van de V&VN

- Wees je ervan bewust dat de beroepsgroep van verzorgenden niet homogeen is. Generatie en scholing zorgen voor andere beroepsbeoefenaars met onderlinge spanningen, eigen manieren van werken en verschillende zorgopvattingen. Hieruit volgen twee aandachtspunten:
    - Heb voldoende aandacht voor de verschillen op de werkvloer en kijk of er van elkaar geleerd kan worden.
    - Kijk of jullie meer zicht kunnen verkrijgen in deze ervaren ontwikkeling in de beroepsgroep en de rol die de opleidingen hierin spelen.

- Wees er alert op dat wanneer er nieuw beleid wordt ingezet er goed gekeken wordt naar de gevolgen in de praktijk en of er voldoende ondersteuning in middelen en kennis beschikbaar is. Uit dit onderzoek kwam, in lijn met eerdere literatuur, naar voren dat het invoeren van zelfsturende teams bijvoorbeeld valt of staat bij goede ondersteuning, zowel op het gebied van coaching, alsook heel praktische kennis van computersystemen en bepaalde regeltaken. Gezien het feit dat de veranderingen elkaar in de zorg zich in hoog tempo blijven opvolgen is het goed om hier scherp op te blijven en de behoefte voor ondersteuning ook steeds in de praktijk op te halen.

- Heb aandacht voor het goede dat er al is in praktijken en probeer dit te versterken, te ondersteunen en te cultiveren door hier als organisatie over in gesprek te gaan. Er zijn nu veel implementatietrajecten gaande over zorgvisies of concepten zoals persoonsgerichte zorg en zelfmanagement. Uit dit onderzoek blijkt echter dat er ook al veel kennis en kunde in de praktijk aanwezig is en dat beperkte tijd en vrijheid nu vaak belemmerend zijn om hiernaar te kunnen handelen. Wees dus voorzichtig met nieuwe zorgvisies die geïmplementeerd moeten worden, maar kijk liever of er ook mogelijkheden zijn om aan te sluiten bij de reeds aanwezige kennis en om deze uit te wisselen, en gezamenlijk hierop te reflecteren.

- Breng in samenwerking met het Platform Verzorgenden de meerwaarde van het verzorgend beroep meer aan het licht. Er blijkt behoefte te zijn aan het onder woorden brengen van een positief beeld van de eigen beroepsgroep, onderscheidend van zowel informeel zorgen als het verpleegkundig beroep. Dit onderzoek geeft hiervoor een eerste aanzet.

- Blijf als V&VN zijnde het beperken van onnodige administratie stimuleren. Probeer hierbij als doel te hebben dat de administratie en regelgeving het primaire zorgproces ondersteunen en zo min mogelijk belemmeren.

- Probeer zichtbaar te maken hoe verzorgenden (nu vaak ongezien) de gaten vullen die er in het zorgproces vallen, zodat de verantwoordelijkheid hiervoor collectief gedeeld kan worden en niet slechts op de schouders van de verzorgenden terecht komt. Dit geldt breder: bij veranderingen zou altijd inzichtelijk gemaakt moeten worden wat dit in de praktijk betekent voor het primaire zorgproces.

HOOFDSTUK 7: KWALITEIT VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk zal de kwaliteit van het onderzoek besproken worden aan de hand van vier verschillende criteria: geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, betrouwbaarheid/transparantie en Denzins interpretatiecriteria. Deze criteria worden gebruikt om de kwaliteit van narratief onderzoek te beoordelen en passen bovendien ook goed bij de epistemologische uitgangspunten van dit zorgethische onderzoek, waarin kennis altijd tijdelijk en contextgebonden is. Dit heeft tot gevolg dat de gesitueerde waarheid van het onderzoek vooral moet blijken uit een transparante weergave van de gevolgde methode (Riessman, 2008).

7.1 GELOOFWAARDIGHEID

Geloofwaardigheid wordt vaak gezien als het kwalitatieve equivalent van het kwaliteitscriterium validiteit (Creswell & Poth, 2018, p. 256; Visse, 2012, p. 26). Dit betreft de mate waarin de interpretatie van de onderzoeker overeenkomt met de perspectieven van de deelnemers (Guba & Lincoln, 1989). Om het perspectief van de deelnemers zo goed mogelijk recht te doen in de interpretatie zijn de volgende acties ondernomen. Ten eerste zijn er verschillende memberchecks gedaan (Creswell & Poth, 2018, p. 23). De geloofwaardigheid wordt namelijk verhoogd als participanten de representatie herkennen (Riessman, 2008, p. 199).[38] Aanvankelijk was voorgenomen om de narratieven voor te leggen aan de desbetreffende deelnemers met de vraag of ze zichzelf herkennen en om daarnaast een interpretatiecheck te doen in de focusgroep. Toen bleek dat er in de focusgroep niet alleen gesproken werd over de interpretatie van de reeds verzamelde data, maar ook nieuwe onderwerpen aan bod kwamen, is er besloten een tweede membercheck te doen. Hiervoor zijn de gedeelde bevinden (4.2) voorgelegd aan een deelnemer van de focusgroep met de vraag in hoeverre zij vond dat de bevindingen recht deden aan de ervaringen die besproken zijn in de

[38] Riessman maakt hierbij echter wel de kanttekening dat het in haar ogen niet zo is dat de respondenten altijd het laatste woord zouden hebben over de uiteindelijke analyse, omdat het volgens haar kan voorkomen dat de respondent het vertelde door de verstreken tijd anders is gaan zien, iemand zich niet herkent omdat het een analyse betreft over meerdere narratieven of om andere redenen de interpretatie van de onderzoeker niet deelt. Vanuit een ethisch oogpunt is het in haar ogen dan ook vooral vanuit belangrijk om te horen of je iemands identiteit op een herkenbare manier hebt weergegeven en om als er een verschil blijkt te zijn in interpretatie, dit in de rapportage helder naar voren te laten komen (Riessman, 2008, p. 199).

focusgroep. Ten tweede is er gebruik gemaakt van methodologische triangulatie door zowel te observeren, te interviewen als een focusgroep te organiseren (Visse, 2012, pp. 26–27).

Een beperking van dit onderzoek op het gebied van geloofwaardigheid is dat dat enkel de ervaringen van verzorgenden onderzocht zijn en niet die van andere deelnemers uit dezelfde praktijk. Bijvoorbeeld zorgontvangers en andere directe collega's (Visse, 2012, p. 26). Vanwege de beperkte omvang van dit onderzoek is er echter voor gekozen om eerst meer inzicht te verkrijgen in de ervaring van verzorgenden. Om in vervolgonderzoek een completer inzicht in de praktijk te verkrijgen en verschillende ervaringen naast elkaar te kunnen leggen en met elkaar in dialoog te kunnen brengen, zou het wenselijk zijn deze andere groepen wel mee te nemen. Het interview met een kwaliteitsverpleegkundige dat spontaan plaatsvond en in verband met het tijdsbestek niet is meegenomen in de analyse, wijst erop dat de ervaringen tussen de verschillende betrokkenen kunnen verschillen en interessante inzichten kunnen opleveren.

Een tweede beperking van dit onderzoek op het gebied van de geloofwaardigheid is het feit dat er geen saturatie is bereikt tijdens de dataverzameling (Visse, 2012, p. 27). Dit blijkt uit het feit dat er in de focusgroep ook nieuwe onderwerpen naar voren kwamen. Hier kunnen meerdere redenen voor zijn. Dat de eerste ronde van dataverzameling volledig binnen één organisatie plaatsvond, zou een eerste oorzaak kunnen zijn. Hiermee bleef de diversiteit namelijk beperkt tot hetgeen wat binnen die organisatie speelt. Aangezien de focusgroep wel bestond uit verzorgenden die vanuit verschillende organisaties en verschillende plaatsen in het land afkomstig waren, was de diversiteit hier groter. Ten tweede is er in de eerste ronde van data verzameling uiteindelijk minder meegelopen en geïnterviewd in de wijk dan in een intramurale setting.[39] Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de thema's die daar spelen minder naar voren zijn gekomen. Tot slot is de respondentenwerving anders verlopen in de eerste fase van het onderzoek dan in de tweede fase. In de eerste fase zijn de verzorgenden door hun regiomanager gevraagd om deel te nemen, omdat de organisatie bereid was om te participeren in het onderzoek. In de tweede fase hebben alle verzorgenden die lid zijn van V&VN een mail ontvangen over het onderzoek met de vraag of ze deel zouden willen nemen aan de

[39] Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat er niet is meegelopen gedurende de middag, en er daardoor minder zicht is verkregen op hoe de regeltaken van de verzorgenden werkzaam in de wijk hun dagelijkse werk beïnvloeden.

focusgroep. Ook dit heeft eraan bijgedragen dat de focusgroep bestond uit een andere groep verzorgenden dan eerste groep. Gezien het gegeven dat dit een exploratief onderzoek betreft, is het positief dat deze variatie in respondenten ervoor heeft gezorgd dat er meerdere onderwerpen aan bod zijn gekomen.

Het feit dat er tot het eind toe nog nieuwe onderwerpen aangedragen zijn, is echter wel een teken dat de fase van exploratief onderzoek nog niet in zijn geheel afgerond is. Het is daarom belangrijk om vervolgonderzoek ook een exploratief karakter te geven door bijvoorbeeld een aantal focusgroepen te organiseren op verschillende locatie. Om hierbij een zo compleet mogelijk inzicht in de ervaringen van verzorgenden te krijgen, zijn verschillen in leeftijd, doelgroep, mate van (zelf) sturing, intramuraal/extramuraal aan te raden.

7.2 Overdraagbaarheid

Waar in kwantitatief onderzoek de kwaliteit en bruikbaarheid van onderzoek vaak wordt afgelezen aan de generaliseerbaarheid, is dit voor kwalitatief onderzoek met kleine onderzoekseenheden in mindere mate mogelijk en, nog belangrijker, vanuit een zorgethische vertrekpunt, ook minder relevant. In plaats daarvan wordt er gesproken over '*transferibility'*, overdraagbaarheid. Dit wordt omschreven als de mate waarin (de lezers van het onderzoek beoordelen of) de onderzoekscontext overeenkomt met de context van een andere situatie (Guba & Lincoln, 1989). Smaling (2009) heeft erop gewezen dat lezers dan wel bepaalde kennis nodig hebben om de inschatting te kunnen maken of de bevindingen overdraagbaar zijn naar hun eigen context (Smaling, 2009). Om hieraan bij te dragen is in de weergave van de bevindingen een overzicht opgenomen met gegevens van de respondenten en is de context ook in de narratieven verwerkt.

7.3 Betrouwbaarheid & Transparantie

Betrouwbaarheid is een klassiek kwaliteitscriterium dat te maken heeft met de mogelijkheid tot herhaalbaarheid van het onderzoek (met dezelfde uitkomsten) en betreft de vraag in hoeverre de bevindingen van het onderzoek onafhankelijk zijn van de '*propositions*' van de onderzoeker, de tijd en de instrumenten (Creswell & Poth, 2018, p. 264; Visse, 2012, p. 27). Het uitgangspunt bij narratief onderzoek dat de relatie tussen de onderzoeker en degene die het verhaal vertelt van grote invloed is op het onderzoek. Daarom zal dit onderzoek wanneer

dit door een andere onderzoeker wordt herhaald, waarschijnlijk niet precies dezelfde bevindingen opleveren. Om deze reden is het voor narratief onderzoek van belang de positie van de onderzoeker zo transparant mogelijk weer te geven en om regelmatig te reflecteren op je rol als onderzoeker (Sools, 2012). Een vraag die ik mij bijvoorbeeld regelmatig gesteld heb, in navolging van Visse, is of ik me te veel, dan wel te weinig zou identificeren met de deelnemers en hoe dat de bevindingen heeft beïnvloed (Visse, 2012, p. 27). Een andere wijze om de betrouwbaarheid te verhogen, is door gedetailleerde observatieverslagen te maken en door de interviews op te nemen en te transcriberen (Creswell & Poth, 2018, p. 264). Dit is gedaan en deze ruwe data is geanonimiseerd opgeslagen op de database van de UvH.

Een beperking van dit onderzoek in het kader van betrouwbaarheid is het feit dat dit onderzoek grotendeels zelfstandig is uitgevoerd en de verschillende stappen niet samen met een co-onderzoeker zijn uitgewisseld, terwijl dit de betrouwbaarheid had kunnen vergroten (Visse, 2012, p. 27). Hier staat tegenover dat het onderzoek wel onder begeleiding is uitgevoerd en in meerdere fases van het proces is beoordeeld door een ervaren onderzoeker en van feedback is voorzien.

7.4 INTERPRETATIECRITERIA

Tot slot heb ik ook geprobeerd om aan de '*criteria of interpretation*' van Denzin (2001) te voldoen die specifiek gericht zijn op narratief onderzoek. Deze criteria betreffen het streven om als onderzoeker het onderzochte fenomeen zo veel mogelijk in zijn context te beschrijven en tegelijkertijd ook met behulp van de interpretatie van de onderzoeker te laten zien wat er is geleerd over dat fenomeen. (Denzin geciteerd in Cresswel, 2013, p.271). Om hiernaar te streven, heb ik zowel gebruik gemaakt van rijke beschrijvingen en van quotes van de respondenten, als hiervan mijn interpretatie als onderzoeker weer te geven. In de weergave van mijn bevindingen en analyse heb ik geprobeerd dit zo transparant mogelijk weer te geven door steeds aan te geven of iets een letterlijk citaat betrof, of ik iets had geobserveerd of dat ik een bepaalde interpretatie deed. De reflectieverslagen die eerder in dit hoofdstuk zijn benoemd zijn ook behulpzaam geweest om dit onderscheid te verhelderen.

LITERATUUR

Actiz. (2014). *Rapport sluiting verzorgingshuizen*. Utrecht. Geraadpleegd van www.actiz.nl/stream/rapport-sluiting-verzorgingshuizen-2014.pdf

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Lemma.

Baart, A., & Vosman, F. (2015). Epiloog: een essay. In *De patiënt terug van weggeweest: Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. Amsterdam: SWP.

Bloemendaal, I., & Van der Windt, W. (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel 2015-2019*. Geraadpleegd van www.azwinfo.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=199

Boeije, H. R. (1994). *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom BV.

Cörvers, F., Mommers, A., Van der Ploeg, S., & Sapulete, S. (2017). *Status and imago van de leraar in de 21ste eeuw*. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt. Geraadpleegd van www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/onderzoeksprojecten/i/11/13811.html

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4e ed). Los Angeles: SAGE.

De Veer, A. J. E. & Francke, A. L. (2013). *Preventie en bevorderen van zelfmanagement: Visies en ervaringen van zorgprofessionals*. Nivel: Utrecht.

De Veer, A. J. E., De Groot, K., Brinkman, M., & Francke, A. L. (2017). *Administratieve druk: méér dan kwestie van tijd*. Utrecht: Nivel.

De verzorgende centraal. (n.d.). Geraadpleegd van www.vankleefinstituut.nl/project-paginas/de-verzorgende-centraal/

Diepstraten, I., Ester, P., & Vinken, H. (1999). Over generaties gesproken: Alter - en ego-beelden van generaties in Nederland. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, *26*(3), 344–370.

Dronkers, P., & Vosman, F. (2016). *Mantelzorg en burgerplicht: Waarom een zorgzame samenleving om een zorgzame overheid vraagt*. Utrecht.

Duivesteijn-Ockeloen, K. (2016). *Op zoek naar de 'totale mens': Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde 1955-1988* (Proefschrift). Open Universiteit, Rotterdam.

Francke, A. L. (z.j.). Pillen voorschrijven geeft status. Geraadpleegd van www.nivel.nl/nl/nieuws/pillen-voorschrijven-geeft-status

Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2004). Functiedifferentiatie binnen de verzorging. *Verpleegkunde*, (2), 99–109.

Frank, A. W. (2010). *Letting Stories Breathe: A Socio-narratology*. Chicago: The University Of Chicago Press.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.

Haanstra-Veldhuis, V., & De Zwart, B. C. (2013). *Flexibilisering en werkbeleving in de VVT sector. Onderzoek onder medewerkers in de Verzorging & Verpleging en Thuiszorg*. Leiden. Geraadpleegd van http://docplayer.nl/32986875-Flexibilisering-en-werkbeleving-in-de-vvt-sector-onderzoek-onder-medewerkers-in-de-verzorging-verpleging-en-thuiszorg.html

Heyl, B. (2012). *De beroepstrots van verpleegkundigen en verzorgenden: Pleidooi voor een sterke beroepsorganisatie*. Voorburg: Stichting Beroepseer.

Hogerheide, Hans en Jongh, D. (2008). *Wie zorgt er straks voor mij? Portretten van verzorgenden*. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* (Proefschrift). Universiteit Maastricht.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H., van der Jadad, A. R., Kromhout, D., … Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, *343*(D4163). https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

IGZ & Ministerie van VWS. (2014). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam: Intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2012*. Utrecht: IGZ.

Joldersma, C., Laarma - Wierenga, M., & Brink, M. (2017). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2016: Eindrapport*. Den Haag: CAOP. Geraadpleegd van www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/04/07/arbeid-in-zorg-en-welzijn-2016-eindrapport/arbeid-in-zorg-en-welzijn-2016-eindrapport.pdf.

Jukema, J. S. (2011). *Bewarende zorg: Een visie voor verzorgenden en verpleegkundigen*. Utrecht: Boom Lemma uitgevers.

Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd van www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren.html

Kessels, J. W. M. (2010). Als leren een lust is, dan moet de relatie tussen opleiding en zorg er wel een van liefde zijn! *Onderwijs En Gezondheidszorg*, *4*(4), 35–36.

Kittay, E. F. (1999). Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency (pp. 49–73). New York: Routledge.

Lovink, M; Van Vught, G. V. den B. L. M. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: Kansen, belemmeringen en effecten*. Geraadpleegd van www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2017/08/29/bijlage-taakherschikking-in-de-ouderenzorg-kansen-belemmeringen-en-effecten

Maseland, A. (2015). Groen en grijs: omgaan met generatieverschillen in het team. *Nursing*, 16–21.

Maseland, A. (2018, 29 maart). Zelfsturende teams sturen niet altijd zelf. Geraadpleegd van: www.nursing.nl/zelfsturende-teams-sturen-niet-altijd-zelf/

Maurits, E. E. ., Veer, A. J. E. d., & Francke, A. L. (2016). Inspelen op veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd van www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf?

Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Utrecht: Nivel. Geraadpleegd van www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-competenties-in-veranderende-

zorg.pdf

McDonald, S. (2005). Studying action in context: A qualitative shadowing method for organisational research. *Qualitative Research, 5*(4), 455–473. Geraadpleegd van http://journals.sagepub.com.ez91.periodicos.capes.gov.br.sbproxy.fgv.br/doi/pdf/10.1177/1468794105056923

Ministerie van VWS. (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2013a). *Kamerbrief: Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2013b). *Kamerbrief Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2013c). *Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2014a). *Kamerbrief: Stand van zaken arbeidsmarkt zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2014b). *Kamerbrief Transitieagenda Langer zelfstandig wonen*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2014c). *Rijksbegroting 2014*. Den Haag: Den Haag: Ministerie van VWS. Geraadpleegd van http://www.rijksbegroting.nl/2014/voorbereiding/begroting,kst186652_8.html

Ministerie van VWS. (2015). *Waardigheid en Trots Liefdevolle zorg voor onze ouderen Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Den Haag: Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2016). *Kamerbrief: Arbeidsmarkt zorg: herstel na moeilijke jaren*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VWS. (2017). *Arbeidsmarktagenda 2023. Aan het werk voor ouderen!* Geraadpleegd van www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/07/12/arbeidsmarktagenda-2023

Ministerie van VWS. (2018). *Actieplan (Ont)regel de zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Mistiaen, P., Kroezen, M., Triemstra, M., & Francke, A. L. (2011). *Verpleegkundigen en*

verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. Utrecht. Geraadpleegd van http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-verpleging-verzorging-internationaal-perspectief.pdf

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.

Morée, M., & Vulto, M. (1997). De verzorgende Het ' lelijke jonge eendje ' in de zorgsector. *Sociologische Gids : Maandblad Voor Sociologie En Sociaal Onderzoek*, *46*(2), 175–193.

Offereins, A., & Have, K. (2016). Veranderen van onderop in de ouderenzorg. *Tijdschrift Voor HRM*, *5*, 1–18. Geraadpleegd van https://tijdschriftvoorhrm.nl/veranderen-van-onderop-in-de-ouderenzorg/

Peters, F., Westerbee, A., & Tji, S. (2014). *De kern van de verpleegkundige en verzorgende beroepen*. Nijmegen.

Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). *De kunst van het afstemmen Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Programma Commissie Nationaal programma ouderenzorg. (2018). *Beter Oud: Een breed gedragen toekomstvisie en veranderagenda voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie*. Geraadpleegd van www.beteroud.nl/docs/beteroud/over-ons/Toekomstvisie-wonen-welzijn-zorg-ouderen.pdf

Quinlan, E. (2008). Conspicuous Invisibility: Shadowing as a Data Collection Strategy. *Qualitative Inquiry*, *14*(8), 1480–1499.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles: Sage Publications.

Ruddick, S. (1995). *Maternal Thinking: Toward a politics of peace*. Boston: Beacon.

Rutte, M., & Samsom, D. M. (2012). *Bruggen slaan Regeerakkoord VVD - PvdA*. Den Haag.

RVZ. (2002). *Taakherschikking in de gezondheids- zorg*. Zoetermeer: RVZ.

RVZ. (2003). *Van patiënt tot klant Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid*

en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ.

RVZ. (2008). *Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physican assistents.* Den Haag: RVZ. Geraadpleegd van http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Taakherschikking_in_de_gezondheidszorg.pdf

RVZ. (2009). *Dilemma 's van verpleegkundigen en verzorgenden*. *Rapport: Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

RVZ. (2012). *Redzaam ouder Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van* Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: RVZ.

Skipr Redactie. (2017,17 augustus). Zelfsturing doet overhead care dalen. Geraadpleegd van https://www.skipr.nl/actueel/id35574-zelfsturing-doet-overhead-care-dalen.html

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, *14*(3), 5–12.

Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *Kwalon*, *17*(1), 27–35.

Sools, A., Drossaert, C. H. C., Van Duijvenbooden, L., Van Egmond, S., & Heerings, M. (2014). *Gesterkt in het ziekenhuis? Een narratieve benadering van patiënten perspectieven op kwaliteit van ziekenhuiszorg*. Den Haag.

Starremans, S. (2017a). 5 vragen over diploma's van verzorgenden. Geraadpleegd van https://www.nursing.nl/5-vragen-over-diplomas-van-verzorgenden/

Starremans, S. (2017b). Deze diploma's zijn gelijk aan verzorgende ig. Geraadpleegd van https://www.nursing.nl/deze-diplomas-zijn-gelijk-aan-verzorgende-ig/

Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). *"Positieve gezondheid in Nederland: Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie*. Amersfoort.

Stoopendaal, A., Bochove, M. Van, Hoogendijk, H., & Bal, R. (2018). *Regelruimte : van regelreflex naar spiegelreflex*.

Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging: Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*.

Stuurgroep V&V 2020. (2012a). *Beroepsprofiel zorgkundige: Verpleegkundigen &*

Verzorgenden 2020, deel 2. *2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203 Beroepsprofiel zorgkundige.pdf

Stuurgroep V&V 2020. (2012b). *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, deel 1*. Utrecht.

Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming: Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Tonkens, E. (2008). Marktwerking in de publieke sector: duur, bureaucratisch en demotiverend. In F. Ankersmit & L. Klinkers (Eds.), *Tien plagen van de staat: De bedrijfsmatige overheid gewogen* (pp. 103–131). Amsterdam: Van Gennep.

Trappenburg, M. (2014). *2e Els Borst Lezing: Bescheiden professies Over evidence based werken buiten de cure*. *27 november*. Centrum voor ethiek en gezondheid. Geraadpleegd van http://ceg.nl/publicaties/bekijk/2e-els-borst-lezing-bescheiden-professies

Trimbos Instituut. (2017). Monitor Woonvormen 2017 -Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge.* New York: Routledge.

Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions : Politics , Plurality , and Purpose Creating Caring Institutions : Politics , Plurality , and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, *4*(2), 158–171. https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259

Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality and justice*. New York: New York University Press.

Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, *1*(1), 27–43. https://doi.org/10.1332/239788217X14866281687583

V&VN. (2014). *Zelfmanagementondersteuning behoort tot de kern van verplegen! Visie van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*. Utrecht. Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014 Documenten/20140506 zelfmanagementondersteuning.pdf

V&VN. (2017). *Resultaten peiling werkdruk V&VN-ledenpanel*. Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2017 Documenten/Resultaten peiling werkdruk.pdf?ver=2017-06-08-162507-180

Van Dartel, H. (2017). *Goed verplegen: Leerboek ethiek voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Joghum.

Van der Cingel, C. J. M., & Jukema, J. S. (2014). *Persoonsgerichte zorg: Praktijken van goede zorg voor ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-0449-3

Van der Horst, A., Bettendorf, L., Draper, N., van Ewijk, C., De Mooij, R., & Harry ter, R. (2010). *Verdeeld, Vergrijzing Overheidsfinanciën, Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën*. ‘s-Gravenhage.

Van der Kooij, C. (2003). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geintegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen*. Amsterdam: VU.

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

Van Heijst, A. (2011). *Professional Loving Care: An Ethical View of the Healthcare Sector* (Ethics of). Leuven: Peeters.

Van Heijst, A., & Vosman, F. (2010). Managen van menslievende zorg: Herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. In M. Pijnenburg, C. & Leget, & B. Berden (Eds.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit* (pp. 11–39). Budel: Damon.

Van Nistelrooij, I. (2014). *Sacrifice A care ethical reappraisal of sacrifice and self-sacrifice* (Proefschrift). Universiteit voor Humanistiek.

Visse, M. (2012). *Openings for humanization in modern health care practices* (Proefschrift). de Vrije Universiteit Amsterdam.

Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren. *Kwalon*, *3*(19), 18–26.

Visse, M., Abma, T., Widdershoven, G., & Widdershoven, G. (2015). Practising Political Care Ethics : Can Responsive Evaluation Foster Democratic Care ? *Ethics and Social Welfare*, *9*(2), 164–182. https://doi.org/10.1080/17496535.2015.1005550

Wapenaar, J. (2016, maart). Hoe je kunt profiteren van generatieverschillen: ‘We houden elkaar scherp.’ *Tijdschrift Voor Verzorgenden.*

Willemse, B. M. (2016). *Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce: Impact on quality of care, staff and resident well-being* (Proefschrift). Vrije Universiteit. Geraadpleegd van www.dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/54749

Zorginstituut. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen. Geraadpleegd van www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg

Bijlage 1: Narratieven

1.1 Narratief Eva

Eva is begonnen met MBO-detailhandel, maar wist niet wat ze wilde worden. Via enthousiaste verhalen van collega's is ze ongeveer 17 jaar geleden de zorg in gerold. Na ervaring in de thuiszorg is ze nu werkzaam op een locatie waar wonen met zorg wordt geboden.

's Ochtends werkt Eva aan de hand van een route. Dit is een lijst waarop verschillende bewoners, hun kamernummer en de zorgvragen zijn aangegeven. Ook staat er een tijdsindicatie bij. Bij het navragen blijkt dat Eva deze echter nooit gebruikt en vermoedt dat ze niet meer *up to date* zijn: "*Bovendien weet je nooit wat je ergens tegen komt. Iemand kan in tranen zijn of overal poep hebben gesmeerd, dan ben je langer bezig dan op andere dagen.*" De ochtendzorg ervaart Eva als het meest hectische moment van de dag. Ze lijkt de hectiek als een vaststaand gegeven te zien, maar de personele bezetting niet:

> N*ou 's ochtends begint natuurlijk meestal hectisch, er gebeurt altijd wel iets, net als dat belletje van vanochtend [verwijzing naar een mevrouw die belde dat ze naar het toilet moest terwijl eigenlijk niemand tijd had om daar naartoe te gaan] dat je denkt "oh dan kom ik helemaal in de knoei met mijn eigen route", maar we hadden natuurlijk wel al het personeel, iedereen was op formatie dus dat scheelt natuurlijk wel weer een hoop stress.*

Als we bij de bewoners binnenkomen, zegt Eva steeds al even gedag en kijkt vervolgens in de map om daar de medicatie af te tekenen, om daarna naar de bewoners toe te gaan. Eva begroet de mensen, spreekt met ze, trekt steunkousen aan, helpt mensen uit bed, verwisselt katheterzakken, maakt ontbijtjes klaar, prikt insuline en neemt vuilniszakjes mee. Ze zegt dat ze voorheen de insuline altijd alleen mochten doen, maar dat er nu een tweede handtekening voor nodig is. Terwijl ze zorg verleent, wordt er niet altijd gepraat, maar regelmatig vertellen de bewoners wat ze hebben meegemaakt, wat ze bezig houdt of waar ze mee zitten. Eva blijkt goed op de hoogte van hun leven en blijft ook als ze klaar is met de zorg soms nog even staan om te luisteren als ze iets vertellen. De bewoners bedanken haar hartelijk als ze weer de deur

uit gaat en we krijgen meerdere keren iets lekkers aangeboden, ondanks het feit dat ze heel goed blijken te weten dat Eva dat altijd afslaat.

Eva vertelt me dat ongeveer zes jaar terug de zorghulpen de bedden opmaakten, de ontbijtjes klaarmaakten en de afwasjes deden: "*Die zijn echter allemaal ontslagen wegens bezuinigingen met de hoop dat vrijwilligers dit konden doen."* Eva vertelt dat de vrijwilligers dit niet reëel achtten en massaal zijn opgestapt. Nu zijn deze taken ook de verantwoordelijkheid geworden van de verzorgenden:

> *Best stressvol soms, je bent tenslotte zelf ook nog net uit bed en dan moet je op volle toeren zo'n heel huis met z'n allen draaien. Als er genoeg personeel is, is het wel te doen, maar soms moet je natuurlijk ook zieken opvangen en dan de routes verdelen. Daarbij moet je ook opletten op de opleidingen. De meeste zijn VIG, maar ook de helpenden zijn weer terug van weggeweest. Dus je moet er goed op letten, wie mag wel insuline opdraaien [wie voor welke medische handelingen bevoegd is].*

Het is opvallend dat Eva vaak onderscheid maakt in dagen dat er wel en dagen dat er niet voldoende personeel aanwezig is.

Twee jaar nadat de zorghulpen zijn ontslagen, vond er een nieuw keerpunt plaats in het werk van Eva. Alle bewoners en een groot deel van het team zijn verhuisd naar een nieuw gebouw. Per direct is er toen gestart met een zelfsturend team en door stress en werkdruk zijn er rond die tijd veel mensen opgestapt die er al jaren werkten. Het zelfsturende team werkt nu goed vindt Eva. Dit duurde echter wel even:

> *Een tijdje terug was de sfeer wel tot het nulpunt gedaald. Dat was echt niet leuk. Toen hadden we drie mensen die overspannen waren en we liepen al met een te kort. En die app [WhatsAppgroep met collega's] waarin we dan de open diensten gooien die overstroomde helemaal. Toen heb ik me er een tijdje uit gegooid. Je moet dan ook voor jezelf kiezen.*

Maar nu gaat het beter en ziet Eva ook voordelen van het zelfsturend zijn: "*Je ziet soms dingen waar je eerder niet bij betrokken was."* Ze vindt het leuk om de vergaderingen voor te zitten en ook meer te leren van de processen rondom de zorg. Gedurende de dag valt het me op dat veel collega's elkaar helpen bij het uitzoeken en uitvoeren van deze taken. Zo vraagt een collega Eva tijdens de koffiepauze of ze zo even mee wil kijken naar het accordeer-bestand, want het zag er opeens weer heel anders uit. Eva heeft verder niet het idee dat er anders wordt samengewerkt nadat het team zelfsturend is geworden en ziet het echt als iets naast de directe zorgverlening:

> *Je moet altijd al goed samenwerken, want je bent natuurlijk met zoveel mensen dat je voor die bewoners moet zorgen. En ja die taken, dat is toch wel weer een beetje apart van het werk van je op de afdeling met de mensen doet.*

Een ander aspect van haar werk dat Eva erg veranderd vindt, is de toegenomen focus op en eisen aan de rapportage:

> *We hadden voorheen wel een systeem waar we opschreven hoe het met de mensen ging, maar wat je nu allemaal op moet schrijven, dat vind ik ook een enorm verschil. (...) dat je dan bij elk kopje iedere week iets moet opschrijven…*

Er wordt ook veel belang gehecht aan deze rapportages: "*Als je slecht rapporteert, heb je slecht je werk gedaan. Ook al heb je de hele dag alle mensen geholpen."* Ze klinkt wat cynisch en als ik haar vraag hoe ze dit ervaart zegt ze: *"Nou ik snap wel dat je belangrijke dingen moet rapporteren, maar wat heeft dit voor zin? Het is over de top. Alles moet helemaal uitgekotst en drie keer opgeschreven worden."* Ter voorbeeld laat ze me het kopje "Hoe gaat het met u?" zien. Dit moet per bewoner wekelijks worden ingevuld. Eva legt uit dat er soms niets noemenswaardigs is te vermelden, dus dat er nu iedere zaterdag gevraagd wordt aan iedereen 'Hoe gaat het met u?' zodat ze dat kunnen rapporteren. Ook de achtergrondinformatie die in alle zorgleefplannen is opgenomen, is in haar ogen in de praktijk niet nuttig: "*Al die zorgleefplannen zijn allemaal voor de inspectie, maar verder leest niemand het. Dit moet ik dan schrijven omdat ik eerste verantwoordelijke verzorgende*

(EVV'er) ben, maar het zou me niet verbazen als verder niemand dit ooit heeft gelezen."

De veranderingen in de zorg hebben de zorg zelf, het omgaan met de mensen niet veranderd volgens Eva. Wel constateert ze dat ze zelf wat veranderd is in hoe ze met de mensen om gaat:

> *Nee dat [de zorg zelf] is niet veranderd. Als je een paar jaar in de zorg werkt, dan moest je daar echt aan wennen. (…) hoe langer je in de zorg werkt, hoe meer natuurlijk dat gaat, vind ik. En je kent ze natuurlijk door en door, want sommige die ken je al tien jaar ofzo.*

1.2 Narratief Marieke: Zelfsturendheid

Marieke zorgde vroeger altijd voor haar oma en vond dat heel leuk. Toch had ze er nooit aan gedacht om de zorg in te gaan, tot haar lerares haar daar op wees. "*Toen ging ik daar stage lopen en toen vond ik dat eigenlijk zo leuk dat ik nergens meer over na hoefde te denken."* Ze werkt al 12 jaar in de zorg, nu op een plek waar 'wonen met zorg' wordt aangeboden.

Marieke vindt het fijn om door kleine dingen veel voor de bewoners te kunnen betekenen, daar haalt ze voldoening uit. Dit is ook zichtbaar in haar dagelijkse contact met alle bewoners. Bewoners komen de ochtend dat ik meeloop regelmatig met hun verhalen naar Marieke toe en zijn dankbaar als ze even luistert of meedenkt. Ook lijkt Marieke precies te weten wat iedereen bezig houdt. Ze is erg betrokken bij zowel de bewoners, als ook bij de familieleden.

Een aantal jaar geleden werkte Marieke in een verpleeghuis. Daar merkte ze echter dat er steeds minder tijd voor alles kwam wat er voor zorgde dat ze zich steeds meer een soort robot ging voelen:

> *Ik stond gewoon twee mensen tegelijk te douchen met een gordijn er tussen, dan sproeide ik even hier en daar en hup hup. En sinds de zorghulpen daar ook weg waren moest dan ook nog één van de collega's in de woonkamer brood smeren. Ik weet niet hoe het daar nu is, maar daarom ben ik toen hier gaan solliciteren. Ik dacht, hier ben ik niet voor de zorg in gegaan*!

Op haar huidige werkplek heeft Marieke dit gevoel minder. Het is een andere doelgroep en mensen kunnen nog meer zelf. Toch is de werkdruk hier ook toegenomen, vooral sinds de zorginstelling vier jaar geleden is verhuisd naar een nieuw gebouw. Vanaf toen zijn ze over gegaan van een verzorgingshuis naar wonen met zorg, zijn ze als team zelfsturend geworden en wordt hun werk anders georganiseerd. Dit alles heeft er bij elkaar voor gezorgd dat de dagelijkse werkzaamheden van Marieke meer divers zijn geworden. In haar verhaal is deze verhuizing dan ook een belangrijk keerpunt. Aan het begin van een dagdienst merkt Marieke vooral dat de zorghulpen er niet meer zijn en ze uitgebreidere directe zorg verleent: "*Vroeger waren we puur voor het medische (...) en het wassen natuurlijk. Maar de ontbijtjes, de prullenbakken en ook het bedden opmaken werd toen door niveau één gedaan. Nu geven we zorg naar behoefte*." Deze zorg naar behoefte wordt tegenwoordig ook door minder

verschillende verzorgenden gedaan: '*Voorheen ging gewoon één iemand medicijnen delen en twee mensen gingen wassen*." Nu zijn ze als verzorgende echter verantwoordelijk voor een aantal mensen op een dag, en daar verlenen ze dan ook alle zorg aan.

In de middag lijkt de teampost wel een kantoor. Door het feit dat ze nu zelfsturend zijn geworden, zijn veel verzorgenden achter de computer aan het werk aan planningen, uitbetalingen en andere taken. Daarnaast wordt er ook druk geschreven aan de zorgleefplannen die sinds een aantal jaar een centrale rol spelen in het dagelijks werk van Marieke. Er wordt veel overlegd, onderling hulp gevraagd over computersystemen en taken en gebeld met familie en huisartsen. Het valt op dat iedereen veel tegelijk doet.

Marieke vindt het goed dat er uitgebreider gerapporteerd wordt dan eerst, maar ervaart soms ook stress om in de paar dagen dat ze werkt alle rapportages en zorgleefplannen van de bewoners voor wie ze eerste verantwoordelijke verzorgende (EVV'er) is *up to date* te maken en houden: "D*an heb je eindelijk de één in het groen en dan komt de volgende weer in het rood, zo voelt dat. Dus af en toe is dat wel een beetje vervelend*."

Het feit dat ze nu een zelfsturend team zijn vindt Marieke vooral leuk en uitdagend, omdat ze veel nieuwe dingen leert en het gehele zorgproces in beeld krijgt. Zo moet ze bijvoorbeeld tegenwoordig ook familie inlichten over een vrijgekomen kamer bij hen in huis:

> *Voorheen kreeg je een mail of kwam er van de manager een berichtje van "goh pietje puk is aangemeld en die komt hier wonen, ga jij even op huisbezoek?" (...) Dat hele riedeltje er vooraf dat ging buiten ons om. En nu krijgen we dat er allemaal bij. Wat het ook wel interessant maakt, want je weet steeds meer wat er achter speelt.*

Soms vindt ze het echter ook moeilijk om alle nieuwe werkzaamheden te combineren met de directe zorgverlening. Uit haar verhalen blijkt dat dit vooral problematisch wordt als er zich onvoorziene situaties voordoen, zoals bewoners die vallen en ingestuurd moeten worden naar het ziekenhuis. Dan is het veel ren- en vliegwerk voor de aanwezige verzorgenden om alle

ballen in de lucht te houden.

Een ander element dat ze ook moeilijk vindt aan het zelfsturend zijn is het feit dat ze zich door haar taak [zij is degene die het ziekteverzuim in de gaten moet houden] verantwoordelijk voelt om een controlerende houding aan te nemen tegenover haar collega's:

> *Dat is wel eens moeilijk. Want ik moet wel tegen m'n collega zeggen van "He zou je niet gewoon een paracetamol innemen en toch maar eens komen?" terwijl het ook gewoon mijn collega is op de werkvloer. Dus dat is best wel dubbel.*

Ook op andere vlakken heeft de zelfsturing de onderlinge verhoudingen veranderd. Marieke is hier blij om en heeft het gevoel dat sinds de verhuizing en de daarmee gepaard gaande veranderingen hun team gelijkwaardiger is geworden:

> *Als ik naar mezelf kijk vind ik het een stuk fijner werken. Iedereen komt beter tot zijn recht en van iedereen wordt er in het team iets verwacht. En daar [in het team voor de verhuizing] was het meer gewoon degene die er al het langste werkte zeg maar, die hadden meer zeggenschap dan als je daar net kwam werken*

Hoewel het dus hard werken en puzzelen is om alle verschillende dingen op een dag te combineren en om eventuele incidenten met het beperkte personeel weer op te vangen, ervaart Marieke een hoop nieuwe uitdagingen en voelt ze zich meer op haar plek in het team.

BIJLAGE 2: ANALYSEVOORBEELDEN

2.1 ANALYSEVOORBEELD ANNE

FASE 1: ACTIEF LUISTEREN

Voor deze fase zijn de transcripten en observatieverslagen steeds (meerdere keren) opnieuw gelezen en teruggeluisterd met iedere keer een andere blikrichting. Deze zullen hieronder worden gepresenteerd.

Blik op karakters

De belangrijkste personen in het verhaal van Anne zijn de mensen voor wie ze zorgt. Soms spreekt ze over hen als "klanten" en soms als "de mensen". Dat dit de belangrijkste karakters zijn, blijkt uit het feit dat ze het vaak over hen heeft en dat hun ervaring en mening voor Anne ook een belangrijk referentiepunt zijn: "*Ja nu moet je echt proberen je aan die tijden te houden (…) de mensen vinden dat niet fijn. Dan zeggen ze 'oh moet je alweer gaan*?"

Opvallend is ook dat het lijkt alsof het afhankelijk is van de context of ze over klanten, cliënten of mensen praat. Steeds als Anne het heeft over de toegenomen focus op productie, geld en op de nieuwe taken die ze moeten doen nu ze zelfsturend zijn, spreekt ze over klanten: "*planning van de **klant***", "*indiceerders moeten natuurlijk naar de **klant**", "belangrijk is dat je ook echt de handtekeningen hebt van de **klant**, want anders krijgt hij geen **geld.**"* Als Anne echter spreekt over momenten dat ze zorg geeft, of reacties van de zorgontvangers op de zorg benoemt, spreekt ze over mensen: *"De **mensen** kunnen er niks aan doen. En die moeten toch geholpen worden; "maar ik probeer zo min mogelijk dat de **mensen** het aan me merken [tijdstekort]", "Toch de omgang met de **mensen** [vindt Anne het leukst aan de zorg.]"*

Daarnaast spelen haar directe collega's en de regiomanager een rol in haar verhaal. Over haar eigen team spreekt ze veel in de we-vorm. Ze benoemt de goede samenwerking in het team. Deze samenwerking wordt ook afgezet tegen de samenwerking met de andere teams:

> *Het gaat niet altijd even soepel allemaal, want wij zijn altijd wel vaak bereid om diensten in te vullen, maar aan de andere kant [bij het andere team] is dat minder. Bij*

ons draait iedereen alles, dus ochtenden en avond en andere teams zijn daar niet zo toe bereid.

De regiomanagers komt vooral naar voren in een controlerende rol [of er voldoende productie is]: *"Als we bij de regiomanager komen, komen de cijfertjes naar boven natuurlijk. En dan wordt er gekeken van hoe komt dat nou, dat dat bij jullie zo laag is?"*

Eén keer spreekt ze ook over haar collega's in termen van opleidingsniveau: "*Daar kun je dan ook **een niveau twee** heen sturen ofzo, want als die een hele dag werken heb je daar 's middags heel weinig werk voor".* Dit laat zien hoe de verschillende bevoegdheden van zorgverleners een belangrijke en sterk aanwezige plek innemen in de samenwerking op de werkvloer.

Blik op narratief proces

Het narratieve proces is het proces waarbij de respondent haar ervaringen vertelt en duidt. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Anne doet dit op een voorzichtige manier die wat onzeker overkomt, zeker in het begin van het gesprek al ze uitlegt waarom ze verzorgende is geworden:

Ik wilde eigenlijk eerst verpleegkundige worden, maar daar werd ik voor afgewezen, want ik was te jong volgens hun. Ik was 17. Dus toen dacht ik dan ga ik dat doen [de opleiding tot verzorgende] en dan kan ik altijd nog [verpleegkundige worden], maar dat heb ik niet meer gedaan (...). Nee, dat wilde ik ook niet meer. Ik heb ook wel moeite met soms mezelf te verwoorden zeg maar.

Opvallend hierbij is het feit dat ze het gevoel lijkt te hebben dat ze uit moet leggen waarom ze geen verpleegkundige is geworden. Ze kiest er vervolgens voor om dit te doen door uit te leggen wat ze niet kan, en niet door bijvoorbeeld te zeggen dat ze dit nu leuk vindt, goed kan of goed op haar plek is. Er spreekt weinig trots in door.

Blik op context, plaats en tijd

Aangezien het onderwerp van het interview en het onderzoek veranderingen door de tijd heen bevatten, speelt tijd een grote rol in het transcript van Anne. Er worden regelmatig vergelijkingen gemaakt met vroeger, waarbij specifiek de opleiding die zij gevolgd heeft in 1980 regelmatig wordt vergeleken met de opleiding die de huidige generatie verzorgenden volgen. Het (veranderende) onderwijs van verzorgenden vormt dus een belangrijke context in haar verhaal.

Een ander element met betrekking tot de context is de plaats van haar werk, namelijk in de wijk. Gedurende het interview vergelijkt ze dit soms met het werken in een verpleeghuis en laat ze zien dat ze bewust voor deze werkcontext heeft gekozen:

> *Ik weet gewoon van in het verpleeghuis en zo, dat is flink aanpoten. Dat is echt heel hard en druk werken (...). Daar heb je veel meer mensen natuurlijk ook en daar blijf je de hele dag en daar heb je meerdere dingen. Je hebt je drukke ochtend met iedereen uit bed halen, dan krijg je de toiletrondes, en die wil en die wil en tot ze op een gegeven moment zeggen van jongens we hebben dan een toiletronde! Nou ga dat verkopen aan die mensen. Die willen als ze willen, ja begrijpelijk, maar je wil ook een keer even zitten.*

Blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden

Een belangrijk moment in het verhaal van Anne is haar opleiding tot ziekenverzorgende in 1980. Zonder dat ik hier als onderzoeker naar heb gevraagd heeft ze haar opleiding meerdere keren naar voren gebracht. Ze vertelt hier met trots over terwijl ze dit afzet tegen de opleiding van tegenwoordig:

> *Ik heb vroeger een in-service opleiding gehad. Tot treurens toe moest je daar laten zien hoe je waste en zo (...). En nu moeten ze het gewoon in de wijk geleerd krijgen, ook het tillen en dat is toch een van de belangrijkste [dingen] vind ik, dat ze niet weten hoe ze het moeten doe. (...). En ja [ze leren] meer theoretisch, terwijl praktisch ook heel belangrijk is.*

Een andere gebeurtenis die veel terugkomt in het verhaal van Anne speelt zich juist in het

heden af en betreft de situatie dat Anne en haar collega's tegenwoordig veel moeten "terugkomen" [zowel 's ochtends als 's avonds moeten werken] om aan hun uren te komen. Hierover zegt Anne zelf: "*Ja dat is echt het grootste punt"*

Het is echter opvallend dat ze juist bij hetgeen ze zelf het "grootste punt" noemt, vooral de ervaring van haar collega's lijkt te beschrijven: "*Bijvoorbeeld de collega's die klagen over dat ze haast iedere dag moeten komen werken, om aan mijn uren te komen. Dat is natuurlijk [een] vervelend iets."* Ook vertelt ze dat het op dit moment de reden is dat een aantal collega's uitkijken naar een andere baan. Anne zelf zegt dat "*niet altijd fijn te vinden"*, maar daar verder nog geen last van te hebben. Verderop in het interview zegt ze ook "*maar ja de mensen kunnen er niks aan doen. En die moeten toch geholpen worden.*"

Aard en verloop van het gesprek en transcript

Bij deze blikrichting wordt gelet op hoe het gesprek en transcript als geheel overkomen.

In het transcript van het interview valt op dat Anne, zeker in het begin, wat voorzichtig over komt. Ze eindigt veel zinnen als vraag. Regelmatig voegt ze "weet je wel?" toe aan het eind van haar zin. Als ik haar na mijn introductie aan het begin van het gesprek vraag of er nog dingen zijn die ze van tevoren wil weten antwoordt ze: "*Nee nee (...) als er iets verkeerd gaat dan gaat dat toch nergens naar toe, toch?"* En nadat ze een iets uitgebreider antwoord had gegeven op een vraag vroeg ze daarna "*Maar goed ja, maar even denken wat moest ik nog vertellen?"* Anne lijkt hierdoor erg bezig om aan mijn verwachtingen als interviewer te voldoen en wil graag zo "goed mogelijk" antwoorden. Hoewel ze in het midden van het gesprek wel wat zekerder lijkt te vertellen en op gaat in de voorbeelden die ze geeft, komt deze voorzichtige houding ook bij de afsluiting weer naar voren: "*Ik hoop dat je er wat aan hebt! (...) En dan heb je dadelijk natuurlijk Fleurine nog*". Waarbij ik als onderzoeker het gevoel had dat ze het een geruststellend idee vond dat het verhaal over veranderingen in de zorg ook door iemand anders verteld zou worden.

Daarnaast heeft het (grote) verhaal van Anne een regressief verloop[40], wat wil zeggen dat

[40] Er zijn verschillende auteurs die een indeling van 'soorten verhaallijnen' hebben gemaakt naar plottype. Veel van hen hebben zich specifiek gericht op verhalen van ziekte en herstel. Voor deze analyse heb ik echter het onderscheid van Gergen gebruikt. Hij onderscheidt drie verhaallijnen, het progressieve verloop, het regressieve

Anne de veranderingen ziet als een verslechtering. Ze benadrukt vooral dat er nu minder tijd is, dat er collega's naar andere banen uitkijken en dat ze (zonder veel overtuiging) hoopt dat er weer jongeren het vak in willen stromen. Dit verloop zal worden meegenomen bij de hervertelling. Ook zal hier aandacht zijn voor de gelaagdheid hierin, aangezien er naast dit grote verhaal ook kleinere verhalen zijn waaruit blijkt dat Anne meerdere posities inneemt ten opzichte van de veranderingen. Hierin zal ook naar voren worden gebracht met hoeveel plezier Anne (ook nu) bij de mensen thuis komt.

FASE 2. GEDETAILLEERDE ANALYSE

In het verloop van het gesprek vertelt Anne (ook als gevolg van de interviewvragen) niet chronologisch, maar gaat ze per thema heen en weer in de tijd. Toch ontstaat er gedurende het interview een chronologische weergave van haar ervaringen met de veranderingen in de zorg. Opvallend is echter dat verhalen over de omgang met de mensen en het plezier wat ze hieruit haalt vrijwel los lijkt te staan van deze lijn (zie ook de uitleg bij aard en verloop van het gesprek). Het chronologische begin van het verhaal van Anne wordt gekenmerkt door positieve herinneringen over haar opleiding waarvan ze een aantal keer benoemt dat ze blij is dat ze die heeft kunnen volgen. Ook beschrijft ze over de ruime tijd die er toen was voor de mensen die ze verzorgde. In de manier waarop ze hierover vertelt wordt echter al duidelijk dat dit hierna veranderd is: "*tijdens mijn opleiding zeg maar, was dat allemaal **nog** best wel relaxt."* In het midden van haar verhaal, als ze vertelt over wat er veranderd is volgens haar, komen er voornamelijk voorbeelden over tijdsdruk en over de nadruk op productie en geld. Aan het eind van het verhaal kijkt Anne vast vooruit en hoopt ze dat er in de toekomst weer meer nieuwe mensen de zorg in komen: "*Ik zou het fijn vinden als ze es wat deden dat die jonge lui weer de zorg in willen [werken]*." Om echter goed recht te doen aan de manier van vertellen van Anne zullen de vergelijkingen van nu met vroeger niet uit elkaar getrokken worden en zal het verhaal daarmee een meer thematische lijn volgen dan een puur chronologische.

Anne gebruikt in veel zinnen het woord 'natuurlijk' waarmee ze aangeeft dat ze er vanuit gaat dat wat ze vertelt ook voor anderen en specifiek voor mij als interviewer vanzelfsprekend is.

verloop en het stabiele verloop. Gergen gaat er vanuit dat verhalen altijd toewerken naar een soort doel, of plot, en dat dit plot gericht kan zijn op vooruitgang, op achteruitgang of gelijk kan blijven (Gergen, 1994).

Een voorbeeld hiervan is het onderstaande citaat waaruit blijkt dat ze het heel gewoon vindt dat verzorgenden vaker gaan wisselen van baan, omdat er meer vacatures zijn dan verzorgenden: "*Nu op het moment heb je **natuurlijk** dat mensen ergens anders gaan kijken, omdat er weinig mensen zijn [dan] kun je dus heel makkelijk naar een andere job gaan*."

Een kleine tegenstelling in het verhaal komt naar voren als Anne vertelt dat ze het belangrijk vindt dat er meer jongeren naar de zorg getrokken moeten worden en dat ze denkt dat het daarvoor belangrijk is om het werk leuker te maken:

> *Dat ze het interessanter maken, leuker maken om in de zorg te werken. Leuke extra's ofzo, ik weet het ook niet precies, maar 't is nu op het moment niet echt, ik weet niet of dat overal zo is, maar het is nou **niet dat je zegt van nou 't is echt leuk** om te werken ofzo (...). Kijk het is **wel leuk** om te werken, maar nu bijvoorbeeld de collega's die klagen dat ze haast iedere dag komen werken, om aan mijn uren te komen. Dat is natuurlijk vervelend.*

Hiermee lijkt Anne te zeggen dat ze het werk nog steeds leuk vindt en graag doet, maar dat er nu toch ook veel aspecten zijn die het moeilijker maken om het werk leuk te blijven vinden.

Een andere tegenstelling is het feit dat Anne meerdere malen aangeeft dat ze het tekort aan tijd één van de lastigste dingen vindt van haar werk en ook wat het meest veranderd is. Later zegt ze echter "*Je kunt beter gewoon rustig je ding doen en dan gaat het vaak wel."* Hiermee lijkt de werkdruk die in eerste instantie geschetst wordt weer te worden afgezwakt. Op een ander moment in het interview zegt Anne dat ze vaak wat eerder begint als ze een drukke dag ziet aankomen, zodat ze wat rustiger kan starten en ze het vervolgens zo min mogelijk probeert te laten merken aan de mensen die ze verzorgt. Anne lijkt het vervelend en lastig te vinden dat ze het idee heeft dat ze te snel weer door moet naar andere mensen. Uit bovenstaande blijkt echter ook dat ze heeft gemerkt dat er niet zoveel winst te behalen valt door gestrester en gehaaster te werken, dus dat ze tegenwoordig probeert rustig door te werken.

Het is opvallend dat Anne graag lijkt te vertellen dat ze alle cliënten gelijk behandelt. Als ik haar vraag of ze met iedere cliënt een band opbouwt, antwoordt ze: "*Er zijn verschillende mensen waar je wel wat meer wat hebt dan anderen, maar* ***ik ga met iedereen wel praten.***" Vervolgens vult ze dit aan met een uitzondering:

> *Maar je hebt ook wel eens mensen, die zit dan al op de klokken te kijken zo van, 'oh wat ben je vroeg' weet je wel? 's Avonds bijvoorbeeld. Als ze dan zo al beginnen, dan heb ik zoiets* ***dan zeg ik heel weinig****. Dan heb ik zoiets ik doe m'n werk en, maar dan heb ik zoiets, daar kun je dan soms maar (…) beter niet op reageren, dan krijg je alleen maar troubles, dat is niet leuk.*

Anne lijkt het belangrijk te vinden om open te staan voor goed contact met iedereen, maar als dit niet wederzijds lijkt te zijn, trekt ze zich terug en geeft ze de afgesproken zorg zonder veel te zeggen.

Een woord dat gedurende het tweede deel van het transcript veel terugkomt is 'taak', of 'taken'. Deze woorden verwijzen naar de taken die ze als team onderling verdeeld hebben in verband met het zelfsturend werken. "*Niet meer de zorg alleen, maar dan ook nog rondom dingen doen. Want we hebben allemaal zeg maar een taak".* Sinds de zelfsturende teams maakt Anne dus onderscheid in haar werkzaamheden tussen 'zorg geven' en haar 'taak' doen.

Binnen zinnen herhaalt Anne relatief weinig woorden. Twee uitzonderingen zijn zinnen waarin Anne herhaaldelijk het woord 'moeten' gebruikt. In de eerste vertelt ze over hoe ze de toegenomen werkdruk in het verpleeghuis ervaarde:

> *Toen ik daar wegging negen jaar nadat ik daar begonnen ben, toen was het al merkbaar dat er veel minder [personeelsleden] al waren, want dan had ik wel eens dat ik alleen begon op een afdeling ofzo. En dat was echt wel, dat was echt niet fijn. Want je* ***moest*** *alles doen, je* ***moest*** *mensen en eten geven en medicijnen delen en je* ***moest*** *ze uit bed halen.*

De tweede zin ging over de manier waarop ze nu als team hebben afgesproken met incidenten om te gaan: "*Dan **moet** je een M.I.C.[melding incidenten cliënten] invullen. Ja. Maar ook bijvoorbeeld valincidenten, dat **moet** ook allemaal*."

Anne wisselt veel tussen actief en passief taalgebruik. Zo spreekt ze regelmatig in dezelfde zin vanuit de ik-vorm en vervolgens vanuit de je-vorm. Het lijkt hiermee ook alsof dingen haar meer overkomen, of dat ze van mening is dat wat zijzelf doet is wat ieder mens in die situatie zou doen, dat het niet specifiek haar keus of haar verdienste is:

> *Nou ja wat **ik** altijd fijn vind. **Ik** heb één cliënt en die zit vaak toch met dingen in d'r hoofd en zo, dat ze het moeilijk vindt ook van der gezin en zo dan, want ze heeft een dochter die woont dichtbij, maar die komt heel weinig. En ja dan zitten we daarover te praten en ja dan af en toe dan merk **je** toch dat ze dat ze er toch wel wat aan heeft. Dat **je** dan ook effe de tijd neemt en zo*.

Anne presenteert zich gedurende het verhaal voornamelijk als iemand die graag met mensen werkt. Hiermee ziet ze zichzelf als onderdeel van de generatie verzorgenden die al een tijd werkzaam zijn en vanuit hun hart werken:

> *De omgang met de mensen. Ja! Ik heb zoiets dat is ook dus een verschil, hoe je der mee omgaat, vind ik. Wij zijn echt vroeger de zorg in gegaan omdat, ja je hebt hart voor de zorg. Ik weet niet of dat nog zo is (...). Iedereen die de zorg in gaat, het is ook wel zakelijker geworden allemaal. En **wij** zijn nog sneller geneigd om iets voor iemand te doen, terwijl **anderen** zeggen van nou dat staat niet op de lijst dus dat doen we niet*.

Anne onderscheidt zich van sommige collega's door de mensen altijd met u aan te spreken: "*Zo ben ik opgegroeid. Sommige mensen vinden dat ook niet nodig, maar dan leg ik uit, zo ben ik gewoon. Dat vindt ik respectvol, zij zijn toch ouder dan jij he*?" Daarnaast ziet ze zichzelf als iemand die niet makkelijk studeert en het soms lastig vindt om zichzelf te verwoorden.

Overzicht van de belangrijkste inhoudelijke thema's:

Afstemmen/relationaliteit

- Plezier halen uit omgang met de mensen
- Er voor iemand willen zijn
- Zorg is altijd onvoorspelbaar, geen dag is gelijk

Veranderingen

- Minder tijd
- Meer gebroken diensten
- Meer focus op productie
- Zelfsturend team - meer taken rondom zorg
  - team hechter
- Verandering opleiding verzorgenden (praktisch naar theoretisch)
- Nieuwe generatie verzorgenden zakelijker (eventueel als gevolg opleiding)
- Vanuit het hart weken
- Meer rapporteren

2.2 Analysevoorbeeld Richelle

Fase 1: Actief luisteren

Blik op karakters

De belangrijkste personen in het verhaal van Richelle zijn de bewoners. Zodra ze binnenkomt, gaat haar aandacht naar hen uit en bij alle andere dingen die ze doet (overdracht met collega's, rapporteren, dingen bestellen of met mij praten) is ze nog steeds scherp op elk geluidje van de bewoners. Iedere bewoner krijgt een andere benadering:

> *Deze meneer is heel autoritair gevoelig (..) Ik ga dan ook heel formeel met hem om. Hij heeft vroeger een hoge functie gehad en ik let er dan ook altijd op dat ik hem echt in zijn waarde laat, daar is hij heel gevoelig voor.*

Maar ook haar collega's zijn belangrijke personen in het verhaal van Richelle. Hoewel Richelle in de nacht voornamelijk alleen werkt, is ze toch veel bezig met haar collega's. Ze draagt dingen aan hen over die ze ziet, ze zet dingen klaar voor de volgende dienst, maar ze spreekt regelmatig over 'we' als het gaat om beslissingen omtrent bewoners:

> *Toch maak ik haar niet wakker. Dat is ook de afspraak. Deze mevrouw slaapt heel slecht en als ik haar wakker maak dan slaapt ze de rest van de nacht niet meer. Dat zijn dus keuzes die je maakt, maar in dit geval vinden **we** haar nachtrust belangrijker dan het comfort waarin ze ligt.*

Maar ook los van de gezamenlijke afspraken en het communiceren over bewoners zijn haar collega's als mens belangrijk voor Richelle. Toen een collega die net weer begonnen was met werken haar dienst overdroeg aan Richelle vroeg ze: *"Hoe ging het?" De collega begint met een antwoord over de bewoners. "Nee, maar met jou bedoel ik! Dat is belangrijk!"* Ook de arts speelt een rol in het werk van Richelle. De arts wordt vooral gezien als degene die beslist welke medicatie er gegeven mag worden. Het valt me op dat er weinig samenwerking uit spreekt: *Samen met een college praten ze over de medicatie die veranderd is en dat een bewoner zo'n pijn heeft maar niet meer medicatie mag. Ik vraag hoe dat dan beslist wordt.*

"Daar mogen wij geen mening over hebben!"

Tot slot speelt soms ook "het management" en "de zorgorganisatie" een rol in het verhaal van Richelle. Zij worden echter maar een enkele keer expliciet genoemd, vaker spreekt Richelle van dingen die mogen, moeten, verplicht of juist verboden zijn, zonder daarbij te verwijzen naar van wie dat wel of niet zou mogen.

Blik op narratief proces

Tijdens het meelopen met haar nachtdienst vertelde Richelle me veel ervaringen en gebeurtenissen die betrekking hadden op de veranderingen in de zorg. In contrast met haar gesprekken met bewoners zijn haar verhalen over de veranderingen vrij vurig. Dat wil zeggen dat ze vrij stellig en cynisch haar verhaal doet en bij tijd en wijlen ook harder en sneller gaat praten. Ze geeft regelmatig korte voorbeelden bij haar verhaal waarin niet wordt ingegaan op haar eigen ervaring, maar een grove schets wordt gegeven van een situatie om een punt te maken. Ze vertelt dan kort en snel achter elkaar, alsof ze verschillende bewijsstukken aflevert voor haar punt dat de zorg steeds onmenselijker wordt door een tekort aan tijd:

> *Je mag alleen doen waar er een indicatie voor is. (…) We werden een keer gebeld dat er een cliënt van ons naakt over straat liep. Het was een mevrouw die al op de lijst stond om opgenomen te worden omdat ze dement was, maar nu had ze nog thuiszorg. Nou dan moest ik dus ook familie haar laten ophalen. Ja, daar was geen indicatie voor.*

Blik op context, plaats en tijd

Het verhaal van Richelle is verteld tijdens haar nachtdienst. Deze setting vormt een belangrijke context, aangezien het werk van een verzorgende in de nacht er heel anders uit ziet dan overdag. Er zijn veel minder collega's, er zijn minder mensen in de huiskamers, minder mensen wakker en er zijn ook geen mantelzorgers, artsen, fysiotherapeuten en andere disciplines aanwezig vertelt Richelle.

Richelle heeft voor ze in het verpleeghuis kwam werken in de thuiszorg gewerkt. In haar ervaringen met de veranderende ouderenzorg speelt daardoor ook de context van de thuiszorg een belangrijke rol:

> *In plaat van drie kwartier om iemand te douchen en bepaalde handelingen te doen kreeg je een half uur en werd je reistijd eigen tijd. Maar je komt niet alleen voor die handelingen of die douchebeurt. Dat praatje wat je maakt is ook belangrijk en je hebt ook een signalerende functie. Maar daar heb je veel minder tijd voor.*

Blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden

Bij deze lezing van de data is er vooral gelet op dingen die Richelle belangrijk lijkt te vinden in haar verhaal. Belangrijke momenten bleken vooral zichtbaar te worden doordat Richelle steeds harder en verontwaardigder ging praten en verschillende voorbeelden noemde. Ook is het opvallend dat ze hierbij relatief weinig vertelt over hoe ze zich voelt, maar wel tot twee keer toe verwijst naar een filmpje dat haar gevoel goed verbeeldt, aldus Richelle. Het eerste filmpje gaat over tijdsdruk in de zorg:

> *Ken je dat filmpje van facebook?' [Nee] 'Nou ja het is heel erg uitvergroot. Maar er is zo'n filmpje waar iemand dan aanbelt en dan met een pomp klaar staat om iemand door te spoelen en dan weer weg gaat. Nou dat is natuurlijk over de top, maar zo voelt het wel heel vaak, zo'n gehaast gevoel. En alles is heel erg gericht op indicatie.*

Het tweede filmpje is een filmpje over het ontstaan van het soepprotocol en is een parodie op de zorg. Dit gaat over hoe de aandacht op protocollen en veiligheid de kern van het beroep, de aandacht voor de mens zelf, uit het oog verliest (zie tabel 5). Richelle heeft gedurende de nacht meerdere keren naar dit filmpje verwezen.

Aard en verloop van het gesprek en transcript

Met de aard en verloop van het gesprek wordt bedoeld hoe het gesprek als geheel overkwam. Of iemand veel vertelt, uitgebreid vertelt en met welke mate van zekerheid iemand vertelt.

In de observaties en citaten van Richelle valt op dat ze mij vanaf het begin af aan alles uitlegt en vertelt. Soms stel ik ook vragen, maar niet zelden geeft ze uit zichzelf uitleg bij haar handelen. Wat ze doet, doet ze met overtuiging. Ze weet waar ze voor staat. Een voorbeeld hiervan is haar reactie op onze kennismaking: "*Ja ik weet wel waarom mijn naam is doorgegeven. Ik heb wel mijn eigen mening".* En vervolgens tegen een mevrouw aan tafel: "*Ik ben de zorg in gegaan vanuit mijn hart he? Ik heb mijn eigen waardes en principes en ik als ik de hele dag achter een computer moet werken dan ga ik dood als een klein vogeltje.*"

FASE 2. GEDETAILLEERDE ANALYSE

Omdat de data voor deze analyse niet is verzameld in een ononderbroken interview, maar gedurende het meelopen van de nacht, is het verhaal in veel verschillende delen verteld en is de volgorde hiervan ook erg gestuurd door wat er op dat moment gebeurde. Soms waren we in gesprek over een onderwerp, maar moesten we opeens naar een kamer toe. Soms deed iets wat er zich voordeed bij een bewoner haar denken aan dingen die veranderd waren en vertelde ze daarover. Het begin, midden en einde zijn daardoor moeilijk aan te wijzen. Wel is er een chronologie zichtbaar in haar eigen leven. Zo begon haar zorgervaring namelijk haar ervaringen rondom veranderingen in de thuiszorg, waar ze voor het eerst merkte dat ze steeds minder tijd kreeg voor haar werk en veel in haar eigen tijd is gaan doen. Vervolgens is ze op een psychogeriatrische afdeling komen te werken en ervaart ze ook daar tijdsdruk. Aan het eind van het verhaal is ze regelmatig met het management in gesprek en lijkt dit ook effect te hebben. Toch is Richelle nog erg negatief over de huidige situatie.

Opvallend in haar verhaal is het contrast tussen aan de ene kant haar vrij harde, gefrustreerde houding waarmee ze vertelt dat "*de bezuinigingen hebben geleid tot te weinig tijd voor de cliënt*", over "*de bureaucratie uit Den Haag*" en het cynisme waarmee ze spreekt over het zelfsturende team en aan de andere kant haar heel geduldige, zorgzame, rustige omgang met de zorgontvangers, waar het dan lijkt alsof ze alle tijd voor ze heeft. Er spreekt een ontzettende genegenheid en begrip voor deze mensen uit, maar ook een gebrek aan vertrouwen van goede intenties van degenen die de veranderingen in gang hebben gezet.

De reden van de schijnbare tegenstelling van het grote verhaal waarin er praktisch geen tijd voor de cliënt is en de praktijk van het schaduwen [tijdens een vrij rustige nacht] waarin

iedereen die wakker is rustig weer ingestopt wordt of waarmee een rustig gesprek wordt gevoerd, wordt inzichtelijker door voorbeelden van andere situaties die Richelle schetst. Hierin gaat het altijd gaat om onvoorspelbare gebeurtenissen, waardoor één of meerdere cliënten langer aandacht nodig hebben dan gemiddeld. Bijvoorbeeld als iemand naar het toilet moet terwijl er net een pan op het vuur staat, als er iemand valt of als iemand overlijdt. Het tekort voor tijd aan cliënten lijkt dus vooral zichtbaar te worden als er teveel cliënten tegelijk aandacht nodig hebben en daar de mankracht niet voor is.

Ook zijn er kleine tegenstellingen in het verhaal te vinden. Zo zegt Richelle aan de ene kant dat ze vroeger een baas had die wist hoe het met haar was, terwijl "*nu weet die geen ene moer".* Maar zegt ze in dezelfde zin vervolgens dat het wel fijn is dat er zoveel managementlagen tussenuit zijn, dat de managers minder mensen onder zich hebben en dat het daarmee laagdrempeliger is om er naar toe te stappen.

> *En wat ik ook mis is een functioneringsgesprek. Ik heb al in geen zes jaar meer een functioneringsgesprek gehad. Dat vind ik nou kwalijk. Vroeger had je een baas en die wist hoe het met je ging, ook als je ziek was. Nu weet mijn baas van geen toeters en bellen.*

Uit het verhaal van Richelle komt ook naar voren dat ze soms een gebrek aan vertrouwen ervaart door de maatschappij. Meerdere keren haalt ze aan dat ze toch heeft laten wat ze kon toen ze haar diploma heeft gehaald en dat zelfde geldt voor haar collega's:

> *Helpenden mogen dus sinds een jaar geen medicatie meer geven aan mensen met dementie. Terwijl we hebben hier een helpende, die is beter dan ik, die kent de bewoners al 20 jaar en kent ze door en door. Ja, en dan moet iedereen steeds maar bijscholen. Ik snap het wel hoor, maar waar moet het heen. Al die bureaucratie uit Den Haag. Kijk ik heb ook gewoon mijn diploma gehaald om te gaan werken*.'

Het is opvallend dat Richelle vaak de woorden *moeten* of *niet mogen* gebruikt, voornamelijk in verband met de veranderingen:

‘*je* ***moet*** *onder het budget blijven’*

‘Ja, voorheen ***moest*** *ik dit dus ook doen voor de hele verdieping hieronder nog’*

‘nu je iedere week iets ***moet*** *rapporteren op elk kopje’*

Mensen ***moeten*** *steeds langer thuis wonen’*

‘ Dan ***mogen*** *we opeens geen voorletters meer in de rapportage schrijven, dan* ***moeten*** *we kamernummers gebruiken.*

En dan ***moeten*** *we onze taal aanpassen.* ***Mogen niet*** *meer zeggen ‘deze mevrouw was agressief, maar deze mevrouw voelt zich bedreigd.*

Regeltaken wisselen nu veel, veel mensen doen taken die ze niet leuk vinden of ze doen maar wat. Ja, is ook gewoon zo van dit is je taak, zoek maar uit hoe het moet. En het ***moet*** *erbij en er tussendoor*

‘Ja, en dan ***moet*** *iedereen steeds maar bijscholen.’*

Deze woorden weerspiegelen een beeld waarin Richelle er voor de cliënt wil zijn, maar allemaal externe mensen en organisaties daar hindernissen voor opwerpen en ‘regeltjes’ voor verzinnen. Hoewel ze soms ook aangeeft dat bepaalde veranderingen ook te begrijpen zijn of zelfs positieve effecten hebben gehad, geeft dit spreken in termen van moeten en niet-mogen een gevoel van ongelijkwaardigheid en wantrouwen aan ten opzichte van een abstracte ‘ze’, die soms verwijst naar de regiomanager, soms naar de zorgorganisatie en soms zelfs naar degenen die het beleid voor de ouderenzorg hebben gemaakt.

Richelle maakt zowel gebruik van actief als van passief taalgebruik. Ze lijkt vooral de je-vorm te kiezen voor dingen die voor haar vanzelfsprekend zijn, die onbetwistbare kennis representeren. Soms gaan ze ook gepaard met woorden als ‘gewoon’ en ‘natuurlijk’. Dit is vaak als ze spreekt over hoe ze alle bewoners anders benadert en wat ze doet als iemand zorg nodig heeft:

"*Ja met elke bewoner heb **je** weer ander contact. En dat contact is ook verschillend per collega.*"
*"Dat is gewoon aanvoelen, maar zag je dat ze mama zei? Dan zie **je** ze is nu kind en dan ga ik daarin mee. En dan stop ik haar in en zeg ik welterusten".*

***'Je** weet hier **gewoon** niet wat er gebeurt. En er kan iets gebeuren met bewoners en dan loop **je** weg en mensen stoppen hier alles in hun mond of gaan het verplaatsen, dus altijd meteen weer op slot".*
*"Maar ja elk contact is wel echt anders. Iedereen neemt **natuurlijk** ook gewoon zijn eigen persoonlijkheid mee, en zijn eigen normen en waarden".*

> *Maar ja wat doe **je** als **je** weet dat een demente vrouw geen mantelzorgers heeft, dan ga **je** dat toch maar doen in je eigen tijd. Of als **je** ziet dat iemands koelkast vol ligt met beschimmelde dingen. Dan koop **je** toch nieuwe dingen, maar dat is dan allemaal eigen tijd.*

Als ze uitlegt over wat ze doet bij dingen waarmee ze zich onderscheidt van haar collega's, of waarvan ze zich bewust is dat ze het anders aanpakt dan gebruikelijk spreekt ze wel in de ik-vorm: "*Dat is puur wie ik ben hoor, dat vind ik fijn, dan kan ik er effe rustig in komen, kan ik even de sfeer op de afdeling voelen, kan ik de medicijnen vast doen, dat vind ik effe rustig inkomen.*"

Omdat deze analyse gebaseerd is op schaduwen gecombineerd met interviewen, maar zonder dat dit opgenomen kon worden was het relatief lastig om ook stiltes, volume en valse starten mee te nemen in de analyse. Toch zijn er twee momenten waarvan aantekeningen zijn gemaakt tijdens het gesprek. Het eerste moment betrof de stilte na de vraag of Richelle wellicht ook positieve veranderingen had ervaren. Hiervan zei ze zelf dat ze ervan schrok hoe moeilijk ze dat vond. Na een hele tijd kwamen er wat dingen naar voren (medicatieveiligheid, gespecialiseerdere kennis, gespecialiseerder materiaal), maar de stilte was opvallend en laat duidelijk zien dat ze de veranderingen vooral als iets negatief ervaart.

Een tweede moment is het feit dat Richelle steeds harder en sneller ging praten als ze sprak over de toegenomen regeltaken die ze moest doen of over het tekort aan tijd wat ze kreeg in de thuiszorg. Deze frustratie en onbegrip zit haar hoog.

Richelle presenteert zich gedurende haar shift op verschillende manieren: Ten eerste ziet ze zichzelf als '*iemand met een mening'*, iemand die die mening ook niet onder stoelen of banken stopt. Ten tweede spreekt ze over zich zelf als iemand die vanuit haar hart werkt: '*Ik ben hier voor de mensen, vanuit mijn hart*.' Ten derde is ze ook iemand die heel secuur is, heel perfectionistisch is. En daarbij is ze nadrukkelijk '*geen computermens'*.
Door al deze uitspraken komt ze heel zelfbewust over. Richelle lijkt te weten wie ze is, wat haar kracht is en waar ze voor staat.

Als onderdeel van de gedetailleerde analyse vond ten slotte ook een inhoudsanalyse plaats. Hierbij zijn (volgend uit de deelvraag) de volgende vragen gesteld met, naast de (ervaren) veranderingen, relationaliteit als belangrijk concept in het achterhoofd:

- Welke veranderingen heeft Richelle ervaren in haar werk?
- Hoe heeft ze deze veranderingen ervaren/ hoe kijkt ze hier tegenaan?
- Op welke manier gaat Richelle om met deze ervaringen?
- Of en hoe speelt relationaliteit een rol in haar werk?

Afstemmen/relationaliteit

- Meteen beschikbaar willen zijn als bewoners aandacht nodig hebben
- Op iedere bewoner anders afstemmen – wordt als vanzelfsprekend gezien
- Denken vanuit de bewoners
- Persoonlijkheid verzorgende is belangrijk voor de relatie

Veranderingen	**Hoe werd dit ervaren?**	**Hoe werd hier mee omgegaan?**
Zelfsturend- extra taken	- Opgelegd - Niet voor de zorg ingegaan - Gefrustreerd dat ze door regeltaken/computertaken minder tijd overhoudt voor haar 'echte werk' (protocolsoep). - Reden van veel onduidelijkheid, chaos - Te weinig expertise voor als team	- Eigen taak wel zo goed mogelijk doen - Advies vragen over feedback kwesties tussen collega's aan Kwaliteitsverpleegkundige
Zelfsturend team-verhouding collega's & leidinggevende	- Moeilijk om feedback te geven - Mist een leidinggevende die haar als werknemer ziet staan: 'menselijkheid eruit'	-
Minder tijd voor cliënten	- Gehaast, gevoel verantwoordelijk te zijn voor iets wat niet haalbaar is zonder genoeg personeel	
Toegenomen scholingseisen aan verzorgenden (Helpenden mogen geen medicatie meer geven een mensen met dementie)	- Gevoel niet serieus genomen te worden als zorgprofessional, gevoel steeds weer opnieuw zichzelf te moeten bewijzen. .	Opleiding tot VIG gaan doen
Meer (medicatie) controle	Positief	In haar werkroutine ingebouwd

Alle rapportages digitaal	Positief, alles is op één plek terug te vinden (zoals bv wie er gereanimeerd moet worden). Wel veel klachten over steeds wisselende rapportagesystemen met andere lay-out. 'Is geen computer mens'	Wat moeizaam. Alle mails en rapportages worden met 2 vingers getypt, er wordt veel tijd gezocht naar hoe iets opgeslagen moet worden.
Rapportages uitgebreider	Frustratie dat het veel tijd kost, voornamelijk gevoel dat ze 100 x dezelfde dingen op een andere plek moet opschrijven [voorbeeld: melding incident cliënt] - wel ook beter op de hoogte van zorgvraag.	Tussen de zorg door
Indicatie is bepalender geworden voor welke zorg wel/niet gegeven mag worden	Frustratie en onbegrip.	Dingen in eigen tijd doen en met management in gesprek.

BIJLAGE 3: INFORMATIEBRIEF

Wat wordt er onderzocht?

- De ervaring van verzorgenden die werkzaam zijn in de ouderenzorg rondom de veranderingen in hun beroep

Wat is de aanleiding voor dit onderzoek?

De aanleiding voor dit onderzoek is een vraag van de Commissie Ethiek van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Door het ophalen van verhalen uit de praktijk wil de Commissie Ethiek meer inzicht verkrijgen in de geleefde ervaringen rond het veranderende beroep van verzorgenden die werkzaam zijn in de ouderenzorg, zodat ze met hun adviezen en producten beter kunnen aansluiten op deze praktijk.

Wat is het doel van het onderzoek?

- Inzichtelijk maken van de ervaringen uit de praktijk van verzorgenden rondom de verschuivingen in het verzorgende beroep
- Bijdragen aan goed aansluitende adviezen en producten van de Commissie Ethiek voor deze beroepsgroep.
- Daarnaast hoopt dit onderzoek te helpen bij het (verder) expliciteren van de beroepsidentiteit van verzorgenden en hiermee een steentje bij te dragen aan de missie van V&VN, om hun beroepsgroepen in staat te stellen hun beroep met trots, passie en professioneel uit te oefenen
- Tot slot hoopt dit onderzoek een bescheiden bijdrage te doen aan het kennisgebied van de zorgethiek

Aan welke criteria moet u voldoen om mee te doen met dit onderzoek?

- U bent een verzorgende werkzaam met ouderen (intra en extramuraal)
- U bent als verzorgenden al minstens 10 jaar werkzaam

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

- Voor dit onderzoek zal de onderzoeker meelopen & interviewen van verzorgenden
- Naast de observaties en interviews zal er op een andere locatie ook een focusgroep worden georganiseerd[41]

Hoe lang duurt het interview meelopen en interviewen?

Het meelopen zal in overleg met u een halve of een hele dienst duren.

Het interview duurt maximaal een uur en zal in de buurt van uw werkplek plaatsvinden. Het heeft de voorkeur dat we een rustige plek vinden en dat wij tussentijds niet gestoord worden.

Moet ik iets voorbereiden?

Tijdens het interview vraagt de interviewer naar uw eigen ervaringen. U hoeft hiervoor helemaal niets voor te bereiden.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Van alle interviews wordt indien u daar toestemming voor geeft een geluidsopname gemaakt met een kleine voice-recorder. Elke geluidsopname wordt door de onderzoeker letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd. In verband met de controleerbaarheid en de betrouwbaarheid van wetenschappelijk onderzoek wordt er veel waarde gehecht aan het zorgvuldig en anoniem bewaren van onderzoeksdata. Daarom worden de geanonimiseerde gegevens tot 15 jaar na afloop van dit onderzoek bewaard. Tijdens het meelopen zullen er geen geluidopnames gemaakt worden in verband met de privacy van de zorgontvangers, hier zal de onderzoeker korte aantekeningen maken en deze later uitwerken.

Is mijn privacy gewaarborgd?

Alle onderzoeksdata worden geanonimiseerd. Uw privacy is daarmee volledig gewaarborgd. De documenten worden anoniem geregistreerd, opgeslagen en geanalyseerd. Ze zijn niet tot de persoon herleidbaar.

[41] Hiervoor zijn alle verzorgende welkom, maar i.vm. de zomerperiode en de beperkte tijd is er voor gekozen deze in de buurt van Nijmegen te plannen en hier andere verzorgende voor te benaderen.

Wie komt mij interviewen?

Wie zijn onderzoekers?

- Dr. Inge van Nistelrooij, lid van de Commissie Ethiek V&VN en universitair docent aan de UvH
- Karlijn Kremer, 26 jaar, masterstudent Zorgethiek en Beleid aan de UvH.

Karlijn Kremer zal het interview afnemen bij u in kader van haar afstudeeronderzoek van de masteropleiding Zorgethiek en Beleid aan de UvH.

Met wie kan ik contact opnemen over het onderzoek?

U kunt altijd contact opnemen met Karlijn Kremer als u vragen heeft. Gedurende het gehele onderzoek bent u ook vrij om zich weer terug te trekken van deelname, hiervoor kunt u mij bellen of mailen, ik zal uw gegevens dan uit het onderzoek laten.

Wat hoor ik er vervolgens van terug?

Indien gewenst wordt u na afloop van het onderzoek een samenvatting van de resultaten toegestuurd en eventueel het onderzoeksrapport. De geplande afronding van dit project is in september. Vervolgens zullen de onderzoeksresultaten in de vergadering van november aan de Commissie Ethiek V&VN worden gepresenteerd.