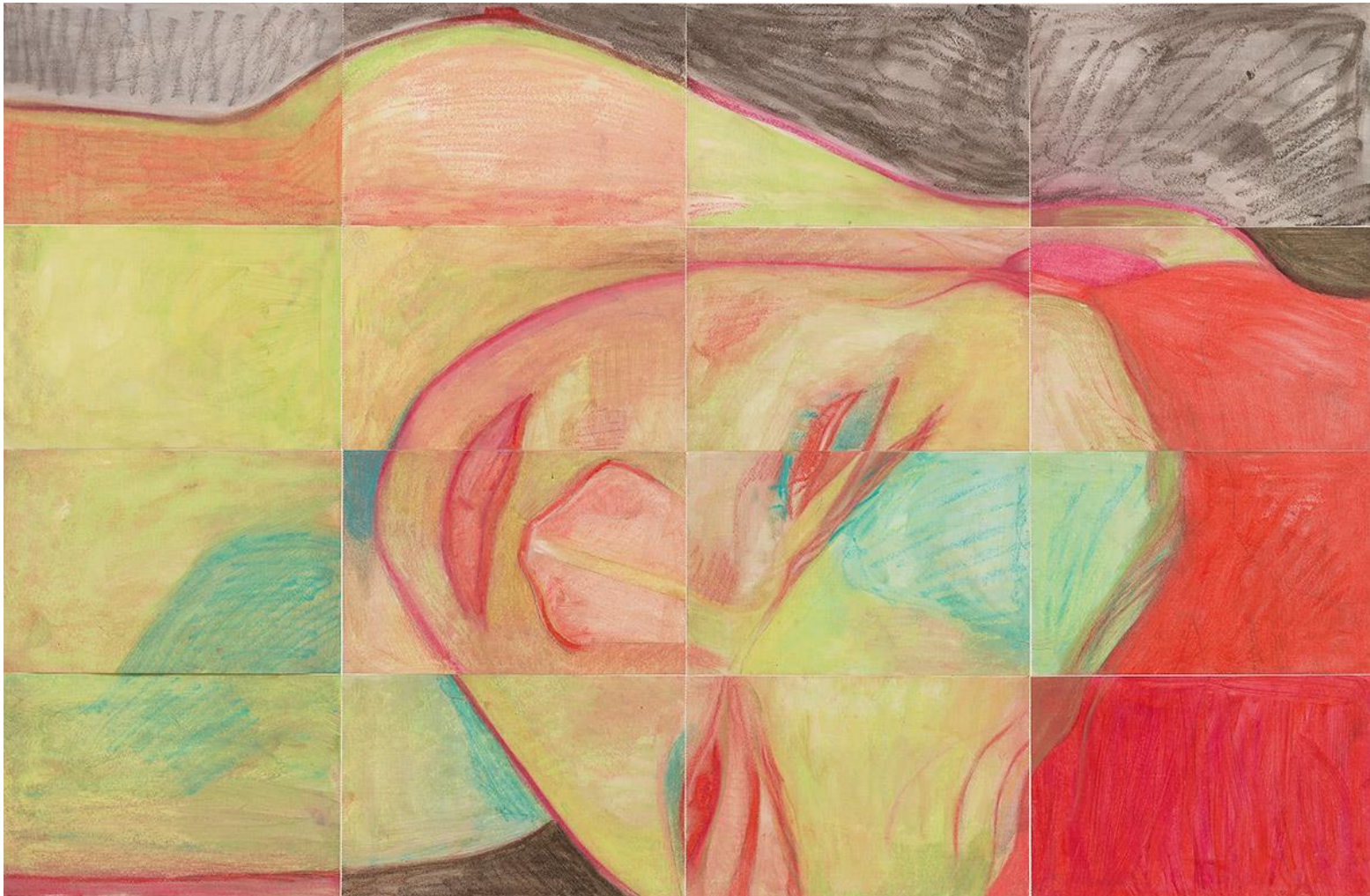


Een bezielde voorbijganger

Zorgethisch onderzoek naar de ervaringen van cliëntvertrouwenspersonen Wet zorg en dwang



Ines Longevial

Masterthesis ZEB71

Juni 2023

Begeleider: dr. Pieter Dronkers

Tweede lezer: dr. Gustaaf Bos

Examinator: dr. Pieter Dronkers

Student: Catrineke Visser

Studentnummer: 1031546

Aantal woorden: 24485

Mens

ik zie je

ik hoor je

mens als ik

heel dichtbij

je voor en na

wie je bent

wie je wilt zijn

deel je met mij

ik stut je slechts

jij staat

bent wie je bent

mens

net als ik

Beroepsmatig verantwoordelijkheid is een praktijk van moreel zeer relevante medemenselijkheid. Het is een praktijk van aan elkaar deel krijgen, op basis van de erkenning dat mensen reeds deel aan elkaar hebben.

Inhoudsopgave

Samenvatting	
Voorwoord	
Terminologie	
<i>1. Problematisering en relevantie</i>	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Maatschappelijk probleem	2
1.3 Wetenschappelijke probleem	4
1.4 Vraagstelling	5
1.5 Doelstelling	6
<i>2. Theoretisch kader</i>	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Wat is zorgethiek?	7
2.3 De mens vanuit zorgethisch perspectief	8
2.4 Wat is zorg?	8
2.5 Wat is <i>goede</i> zorg?	10
2.6 Verantwoordelijkheid	11
2.7 Relationaliteit	15
2.8 Conclusie	17
<i>3. Methode</i>	18
3.1 Verantwoording literatuur en bronnen	18
3.2 Onderzoeksbenadering	18
3.3 Onderzoeksmethode	19
3.4 Casusdefinitie en onderzoekseenheden	19
3.5 Dataverzameling	20
3.6 Data-analyse	20
3.6 Ethische overwegingen	21
<i>4. Resultaten</i>	22
4.1 Inleiding	22
Thema 1 Drijfveren	22
Thema 2 Weerstand ervaren	25
Thema 3 Dilemma's ervaren rondom de eigen positie	27

Thema 4. Kwetsbaarheid	30
Thema 5 Compassie met de cliënt.....	33
Thema 6 Worstelen met verantwoordelijkheid	35
Thema 7 Geen voldoening ervaren	38
Thema 8 Behoeften	40
4.2 Conclusie	43
5. <i>Zorgethische reflectie</i>	45
5.1 Spanning tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid.....	46
5.3 Geografie van verantwoordelijkheden in de praktijk	50
5.4 Relationele kwetsbaarheid.....	52
5.5 Tot slot: in balans	55
6. <i>Conclusie</i>	59
6.1 Eindconclusie	59
6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	61
7. <i>Kwaliteit, beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	63
7.1 Betrouwbaarheid	63
7.2. Geloofwaardigheid	64
7.3 Overdraagbaarheid	64
7.4 Beperkingen	64
7.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	65
<i>Literatuur</i>	66

Bijlagen

Bijlage A Utrechtse Zorgethiek

Bijlage B Informatiebrief en toestemminsformulier

Bijlage C Interviewguide

Bijlage D Fragmenten uit het reflexief dagboek

Samenvatting

Cliëntvertrouwenspersonen Wet zorg en dwang (Wzd) begeven zich in een complex werkveld. De omstandigheden waarin zij werken lijken factoren te bevatten voor morele stress. Dit zou ertoe kunnen leiden dat cliëntvertrouwenspersonen psychisch overbelast raken en het beroep verlaten. Doormiddel van dit zorgethische onderzoek wordt meer inzicht verkregen in de geleefde ervaring van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en hoe goede zorg vanuit de werkgever vormgegeven zou moeten worden.

De onderzoeksbenadering bestaat uit een theoretisch deel en een empirisch deel. Deze vorm van onderzoek is kenmerkend voor de Utrechtse Zorgethiek. In het theoretische gedeelte worden de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit uiteengezet. Het empirische gedeelte bestaat uit zes interviews met cliëntvertrouwenspersonen-Wzd.

Uit de analyse van de data, doormiddel van de *Interpretative Phenomenological Analysis*, komen acht thema's naar voren met betrekking tot verantwoordelijkheid, relationaliteit en behoeften aan ondersteuning: *drijfveren, weerstand, dilemma's rondom de eigen positie, kwetsbaarheid, compassie met de cliënt, worstelen met verantwoordelijkheid, geen voldoening ervaren en behoefte aan ondersteuning.*

De zorgethische reflectie op de bevindingen laat zien dat cliëntvertrouwenspersonen spanning ervaren tussen persoonlijk en beroepsmatige verantwoordelijkheid. Deze spanning wordt vergroot doordat de positie ten opzichte van de zorgaanbieder en nalatigheid van de zorgaanbieder de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd kwetsbaar maakt. Vanuit deze kwetsbaarheid-door-nalatigheid en spanning tussen verantwoordelijkheden ontstaan behoeften waarvoor verantwoordelijkheid moeten worden genomen door de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd in relatie tot elkaar, door de werkgever en door de overheid.

Goede zorg vanuit de werkgever betekent het creëren van een ethisch klimaat waarin reflectie op verantwoordelijkheden een prominente plek heeft. Present leiderschap en solidariteit met de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd, ook op overheidsniveau, dragen bij aan goede ondersteuning van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

Voorwoord

Afgelopen januari begon ik aan een nieuwe uitdaging als cliëntvertrouwenspersoon Wet zorg en dwang. De aanleiding voor het onderzoek naar mijn eigen beroepsgroep kwam in eerste instantie voort uit een persoonlijke interesse naar de complexiteit van het vak. Daarnaast leek het me ook praktisch om werk en afstuderen te kunnen combineren. Wat in eerste instantie een voordeel leek, bleek later ook een beperking. Terwijl ik bezig was me het vak eigen te maken, hoorde ik de verhalen van cliëntvertrouwenspersonen met ruim drie jaar werkervaring. Ik was onder de indruk van de enorme bevologenheid, de manier waarop zij betekenis geven aan hun werk, maar was tegelijkertijd ook enigszins geïntimideerd door de complexiteit en negativiteit waar zij mee te dealen hadden en hebben. Het was soms best lastig om een complexiteit te doorgronden en me er tegelijkertijd toe te verhouden in mijn dagelijkse werk.

Het kunstwerk op de voorkant symboliseert voor mij de eenheid maar tegelijkertijd ook de kleur en eigenheid van iedere respondent afzonderlijk waar ik recht aan heb proberen te doen. Het was een ontzettend leerzaam proces. Hoewel ik blij ben met de afronding van deze thesis vind ik ons werkveld heel erg boeiend. Ik hoop dat deze thesis zeker niet het laatste is wat ik hierover ontdek, leer en schrijf.

Bedankt respondenten, voor jullie bereidheid, openhartigheid en vertrouwen. Ik hoop dat mijn reflecties herkenbaar en betekenisvol zijn voor jullie en ook voor andere cliëntvertrouwenspersonen Wet zorg en dwang, en daarmee een bredere betekenis krijgen. Ik hoop dat mijn kleine onderzoek een bijdrage kan leveren aan goede zorg vanuit de werkgevers zodat we dit mooie vak met voldoening en plezier kunnen blijven uitoefenen.

Bedankt, dr. Pieter Dronkers, voor je uitgebreide feedback, geduld en ondersteuning als mijn thesisbegeleider. Dank dr. Gustaaf Bos, als tweede lezer. Dank Jochem en de kinderen, voor de tijd en ruimte die jullie mij gaven. Het was soms best afzien voor jullie. Dank ‘kritische vrienden’, voor jullie zorg, meedenken en het samen delen van deze ervaring. Zonder jullie zou het een eenzame exercitie zijn geweest. Dank lieve vrienden, voor jullie interesse en bemoedigen. Paul in het bijzonder voor de *final check* van dit hele epistel. Voor mij zit het erop. Voor jou, als lezer, begint de reis. Heel veel leesplezier.

Catrineke Visser

Terminologie

Werkgever: werkgever van de cliëntvertrouwenspersoon Wzd.

Organisatie: organisatie waar de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd in dienst is

Zorgaanbieder: organisatie die zorg verleent aan de cliënt.

Cliënt: hiermee wordt ook de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt bedoelt.

Kwaliteitskader: de beroepscode voor de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd¹

Adviseur: raadgever van de organisatie die gekoppeld is aan cliëntvertrouwenspersoon-Wzd

¹Het kwaliteitskader is te vinden op:

<https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/kwaliteitskader-clientenvertrouwenspersoon-in-de-wet-zorg-en-dwang>, geraadpleegd op 28-06-2023.

1. Problematisering en relevantie

1.1 Aanleiding

In 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking getreden. Deze wet vervangt de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Het doel van de wet is het beschermen van de rechten van de cliënt als het gaat om onvrijwillige zorg. Het gaat hierbij om cliënten met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of hieraan gelijkgestelde aandoeningen zoals niet-aangeboren-hersenletsel, de ziekte van Huntington en Korsakov waarbij er sprake is van regieverlies.

De functie van cliëntvertrouwenspersoon is ontstaan als gevolg van asymmetrische machtsverhoudingen tussen patiënten en zorgverleners en de daaruit voortvloeiende behoefte om op te komen voor gemarginaliseerde patiëntgroepen en hun rechtspositie en autonomie ten opzichte van professionals te verstevigen (McKeown et al., 2014). De Nederlandse zorg kent verschillende wettelijke kaders van waaruit cliëntvertrouwenspersonen hun functie uitvoeren. De Wzd vormt het wettelijke kader voor de cliëntvertrouwenspersoon Wet zorg en dwang (cliëntvertrouwenspersoon-Wzd). De cliëntvertrouwenspersoon-Wzd wordt bekostigd door de zorgkantoren en is onafhankelijk en partijdig²; zij³ staat aan de kant van de cliënt en helpt deze zijn stem te laten horen richting de zorgorganisatie als het gaat om onvrede over onvrijwillige zorg.

Ik ben sinds kort werkzaam als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd. Wat opvalt is enerzijds de hoge mate van betrokkenheid van collega's bij hun cliënten, de gedrevenheid waarmee zij strijden voor de rechten van de cliënt en anderzijds de ogenschijnlijk geringe mate van persoonlijke invloed op zowel de zorg als de zorgorganisatie. Ik zie dat dit soms een gevoel van onmacht en boosheid oplevert alsmede het gevoel tekort te schieten omdat men soms meer wil betekenen dan de reikwijdte van de functie toelaat.

² Meer informatie over de kwaliteitseisen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd staat omschreven in het Kwaliteitskader dat hier inzichtelijk is:

<https://www.dwanginezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/kwaliteitskader-clientenvertrouwenspersoon-in-de-wet-zorg-en-dwang>, geraadpleegd op 24-06-2023.

³ Aangezien het merendeel van de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd zichzelf identificeert als 'zij' kies ik omwille van de leesbaarheid voor de aanduiding zij of haar maar desgewenst kan er ook hij, zijn hen of hun gelezen worden.

1.2 Maatschappelijk probleem

In 2022 heeft er een tweede wetsevaluatie van de Wzd plaatsgevonden waaruit blijkt dat de rol van de cliëntvertrouwenspersoon wettelijk nog niet goed verankerd is en niet genoeg bekend is bij de zorgaanbieder⁴. De Landelijke Faciliteit Cliëntvertrouwenspersonen-Wzd (LFCVP) gaf in haar jaarverslag over 2019-2021⁵ aan dat het budget ontoereikend is waardoor er te weinig cliëntvertrouwenspersonen-Wzd beschikbaar zijn. Daarnaast is de cliëntengroep onder de reikwijdte van de wet vergroot en maakt de LFCVP zich zorgen over de hoge werkdruk en ziet dat cliëntvertrouwenspersonen afhaken. Ook wordt aangegeven dat er keuzes gemaakt zijn in de uitvoering van werkzaamheden waardoor de uitvoering van de functie niet kan worden ingevuld zoals is uitgewerkt in het kwaliteitskader. Hierdoor zijn cliëntvertrouwenspersonen-Wzd niet voldoende zichtbaar voor de kwetsbare cliëntengroep.

Uit de gesprekken die ik had met collega's en managers⁶ wordt duidelijk dat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd op een aantal punten stress ervaren in hun werk. Deze stress wordt onder andere veroorzaakt door onjuiste verwachtingen van de functie, claims vanuit de cliënt, ervaren machteloosheid, worstelen met verantwoordelijkheid en partijdigheid en het niet kunnen handelen volgens het innerlijk moreel kompas. Deze stressoren zouden gerelateerd kunnen zijn aan morele stress.

Morele stress werd voor het eerst beschreven door filosoof en ethicus Andrew Jameton (1984). Hij definieert morele stress als volgt; *'When one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action'* (1984, p.6). Hij voegde hier later het volgende aan toe:

⁴ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z20189&did=2022D43222 (geraadpleegd op 25-06-2023)

⁵ [Verslag_LFCVP_2019-2021.pdf \(stichtinglandelijkefaciliteit-cvp.nl\)](#) (geraadpleegd op 25-06-2023)

⁶ ⁶ De stressfactoren worden door hen genoemd; verwachtingen van de functie die niet overeenkomen met de realiteit, omgaan met weerstand vanuit zorgaanbieder, sterke claims vanuit de cliënt zoals dreigen met suïcide als niet meteen gehoor wordt gegeven aan de hulpvraag, gebrek aan kennis over de cliënt resulterend in machteloosheid en kwetsbaarheid, de indruk hebben dat er geen goede zorg wordt verleend maar hier geen invloed op hebben omdat het niet Wzd-gerelateerd is, je verantwoordelijk voelen maar het formeel niet zijn, lichamelijke stressreacties zoals niet kunnen slapen en hoofdpijn hebben van een kwestie, ervaringen hebben die strijdig zijn met het innerlijk moreel kompas resulterend in emotionele reacties zoals boosheid, het op twee fronten op betrekkingsniveau moeten opereren; enerzijds naar de cliënt en anderzijds richting de zorgaanbieder zodat de juiste voedingsbodem gecreëerd wordt voor samenwerking en als gevolg daarvan soms het gevoel hebben niet partijdig genoeg te zijn richting de cliënt.

A nurse experiences moral distress when the nurse makes a moral judgment about a case in which he or she is involved and the institution or co-workers make it difficult or impossible for the nurse to act on that judgment. (Jameton, 1993, p.4)

Volgens Jameton (1984) bestaat morele stress uit twee componenten; initiële stress die wordt ervaren op het moment dat de situatie plaatsvindt en reactieve stress die ervaren wordt na afloop van de situatie en wordt gekenmerkt door faalgevoelens als gevolg van het niet kunnen handelen als reactie op de initiële stress. Volgens Epstein & Hamric (2009) kan reactieve stress, door hen moreel residu genoemd, nadelige gevolgen hebben voor de lange termijn zoals verlies van de persoonlijke morele identiteit. Dit kan resulteren in vluchtgedrag bij de zorgverlener, zoals het verlaten van het beroep (Epstein & Hamric, 2009).

Alhoewel hier nog geen onderzoek naar gedaan is lijkt morele stress bij cliëntvertrouwenspersonen-Wzd een actueel probleem. Situaties die morele stress veroorzaken, worden gekenmerkt door een lage mate van invloed of uitsluiting van relevante besluitvormingsprocessen (Epstein & Hamric, 2009) en institutionele, sociale of procedurele beperkingen die moreel juist handelen belemmeren (Corley, 2002).

Morele stress kan ertoe leiden dat zorgverleners belemmerd worden in de uitvoering van hun werk, morele schade oplopen of uiteindelijk het beroep verlaten (Epstein & Hamric, 2009). Het is aannemelijk dat dit ook van toepassing is op de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd wanneer zij te maken krijgen met morele stress. Het is daarom relevant dit nader te onderzoeken.

Gezien de kwetsbare positie van cliënten die een beroep kunnen doen op de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd is het noodzakelijk dat er voldoende, goed geëquipeerde cliëntvertrouwenspersonen-Wzd beschikbaar zijn en dat zij door hun werk niet psychisch overbelast worden en daardoor mogelijk het beroep verlaten. Zorg vanuit de werkgever bestaat nu uit het faciliteren van mogelijkheden om ervaringen te delen met collega's, ondersteuning door een adviseur, deskundigheidsbevordering en het verlagen van regeldruk. Het is de vraag of deze ondersteuning voldoet aan de behoeften van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd en helpt om gevolgen van eventuele morele stress te verkleinen. De kans bestaat namelijk dat blijvende morele schade ontstaat door herhaalde ervaringen van morele stress (Epstein & Hamric, 2009). Doordat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd solistisch werken en collega's en leidinggevenden op afstand staan, wordt dit risico mogelijk vergroot. Goede zorg vanuit de werkgever kan dit risico verkleinen. Onderzoek naar

de geleefde ervaring van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd maakt duidelijk of zij morele stress ervaren in hun werk en welke behoefte aan ondersteuning hieruit voorkomt. Dit onderzoek resulteert in aanbevelingen voor de werkgever om de zorg aan cliëntvertrouwenspersonen-Wzd op goede wijze te kunnen vormgeven.

1.3 Wetenschappelijke probleem

Een functie die veel overeenkomst vertoont met die van cliëntvertrouwenspersoon-Wzd is die van *independent mental health advocates* (IMHA) in Engeland. De functie van IMHA komt voort uit de *Mental Health Act* waarin de rechten van mensen met een psychische stoornis vastgelegd zijn. De functie van IMHA is belangenbehartiging vanuit het perspectief van de zorgontvanger en een stem geven aan de zorgontvanger. Ook is de IMHA betrokken bij besluitvorming en vertegenwoordiging van belangen (McKeown et al., 2014).

Uit een grootschalige case-study, uitgevoerd door het Engelse *Department of Health* komt naar voren dat IMHA's de volgende knelpunten ervaren; gebrek aan tijd van zorgmedewerkers, gebrekkige communicatie in het algemeen en over (bezoek)afspraken, gebrek aan relevante informatie vanuit zorgmedewerkers, fysieke onveiligheid, gebrek aan basiskennis over de rol van de IMHA en cliëntrechten, angst van zorgmedewerkers voor klachten en negatieve interferentie met de zorg (McKeown et al., 2014).

In Amerika wordt een soortgelijke functie vormgegeven door *voluntary advocacy, residents advocates* of *ombudsmen*. Deze houden zich bezig met het beschermen van de mensenrechten en vertegenwoordigen de cliënt bij conflicten en het uiten van klachten (Keith & Schafer, 2002). Een gebrek aan tijd, te grote emotionele betrokkenheid, niet kunnen voldoen aan de behoeften van bewoners, moeite met rapporteren van misstanden, het niet kunnen verifiëren van klachten, onopgeloste klachten en moeilijkheden in de communicatie met de bewoners worden door *resident advocates* beschouwd als moeilijkheden (Keith & Schafer, 2002). Uit onderzoek van gezondheidswetenschappers Nelson, Allen, & Cox (2005) binnen de geriatrie blijkt verder dat de rol van *ombudsmen* conflicteert met de rol van verpleegkundigen als het gaat om het waarborgen van de autonomie van de patiënt. Zij worden door hen beschouwd als indringers en '*troublemakers*'.

Alhoewel er geen onderzoek gedaan is naar de Nederlandse praktijk is het op basis van internationaal onderzoek aannemelijk dat (deels) dezelfde knelpunten naar voren zullen komen. Ook lijkt een deel van de knelpunten een moreel aspect te hebben. Mogelijk is hier

sprake van morele stress al wordt dit niet expliciet benoemd. Morele stress wordt in wetenschappelijke onderzoek vaak gerelateerd aan gezondheidszorgmedewerkers en in mindere mate aan ondersteunende disciplines en managementfuncties (Riedel et al., 2022). Naar morele stress gerelateerd aan de functie van vertrouwenspersonen, al dan niet voor cliënten en/of gerelateerd aan de Wzd, is nog geen onderzoek gedaan.

Een zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd is relevant omdat er veel gesproken wordt over de Wet zorg en dwang en de al dan niet geslaagde uitvoering hiervan, maar de ervaringen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd onderbelicht blijven. Een zorgethische reflectie op deze ervaringen kan bijdragen aan meer inzicht in hoe zij het uitvoeren van de functie ervaren en welke knelpunten zij hierin tegenkomen. De zorgethische inzichten ‘verantwoordelijkheid’ en ‘relationaliteit’ zijn daarbij sleutelconcepten. Ik heb gekozen voor verantwoordelijkheid omdat dit binnen de zorgethiek een moreel geladen begrip is dat pas concrete invulling krijgt in de zorgpraktijk. Het is daarom van belang om te onderzoeken welke betekenis verantwoordelijkheid heeft in de praktijk van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en of interpretaties van verantwoordelijkheden gerelateerd zijn aan morele stress. Het concept relationaliteit is gekozen omdat een reflectie op de positie van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd ten opzichte van de verschillende spelers in de zorgpraktijk inzicht kan geven in ervaren knelpunten. Beide concepten fungeren als lens waardoor normatieve reflectie op de ervaringen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd plaatsvindt zodat duidelijk wordt wat goede zorg is vanuit de werkgever.

1.4 Vraagstelling

Omdat er nog geen enkel onderzoek is gedaan naar de ervaringen van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd heb ik ervoor gekozen om niet bij voorbaat toe te spitsen op ervaringen van morele stress maar de geleefde ervaring breed en met open vizier te onderzoeken. Hiervoor heb ik de volgende onderzoeksvragen gedefinieerd.

Hoofdvraag:

Wat is de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en op welke wijze kan een zorgethische reflectie aan de hand van de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit, bijdragen aan goede zorg voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd vanuit de werkgever?

Deelvragen:

1. Welke inzichten biedt zorgethische literatuur met betrekking tot de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit voor de rol van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd?
2. Wat is de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersoon-Wzd?
3. Welke inzichten bieden de uitkomsten van bovenstaande deelvragen over goede zorg voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd vanuit de werkgever?

1.5 Doelstelling

De interne doelstelling van dit onderzoek is om, door het verkrijgen van inzicht in de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersoon-Wzd, een bijdrage te leveren aan de zorgethische theorie over verantwoordelijkheid en relationaliteit. Dit vindt plaats door de empirische bevindingen in dialoog te brengen met zorgethische literatuur.

De externe doelstelling is het verkrijgen van inzicht over hoe goede zorg voor de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd vormgegeven kan worden door de werkgever.

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik antwoord gegeven worden op de eerste deelvraag: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur met betrekking tot de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit voor de rol van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd?* Het hoofdstuk start met het situeren van het onderzoek binnen het kennisveld van de zorgethiek. Vervolgens leg ik uit wat verstaan wordt onder het begrip zorg en wordt het daaraan verbonden normatieve kader verkend. Dit is nodig om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de vraag wat *goede zorg* is. De gebruikte definities worden verhelderd en bepaald en tot slot volgt een zorgethische uitwerking van de begrippen verantwoordelijkheid en relationaliteit die later in dialoog zal worden gebracht met de bevindingen uit het empirisch onderzoek.

2.2 Wat is zorgethiek?

Zorgethiek is ontstaan in de vroege jaren tachtig vanuit feministische interpretaties over zorg. Denkers zoals Gilligan (1982), Noddings (1984) en Ruddick (1989) vormen de eerste generatie zorgethici die nadachten over zorg vanuit het perspectief van vrouwen en sociale zorg. Gilligan schreef in 1982 het boek *'In a different voice'* waarin ze kritiek uitte op het morele-ontwikkelingsmodel van Kohlberg dat alleen gebaseerd was op het morele perspectief van mannen. Ze deed de aanzet voor een andere ethiek; namelijk van verantwoordelijkheid en relationaliteit in plaats van een Kantiaanse ethiek gebaseerd op abstracte regels, rechten en plichten (Friedman, 2013). De tweede generatie zorgethici reageerden hierop door zorg los te koppelen van het domein van vrouwen en sociale-en gezondheidszorg. Zorgethici als Tronto (1993), Walker (1989) en Held (2006) zien zorg als een collectieve en politieke praktijk en nemen afstand van het idee van zorg als een houding of een set persoonsgebonden waarden of deugden (Leget et al., 2019). Tronto legt daarbij de link naar zorgwerk als onderdeel van de grotere markteconomie. Zij ziet zorg als basis van uitbuiting, omdat zorg politiek niet op waarde wordt geschat als cruciaal voor het hele sociale leven (Friedman, 2013).

Dit onderzoek is gesitueerd binnen de Utrechtse zorgethiek. De centrale vraag die gesteld wordt is: "Wat is goede zorg gegeven deze particuliere situatie?" Het beantwoorden van deze vraag vindt plaats binnen een voortdurende dialectische beweging tussen theoretische reflectie, aan de hand van *critical insights*, en empirie zoals wordt gesymboliseerd door het

lemniscaat (Leget et. al. 2019) (zie Bijlage A). De Utrechtse zorgethiek is een interdisciplinaire en *empirically grounded* ethiek. Dit betekent dat de normatieve basis niet ligt in abstracte, neutrale, universele principes zoals binnen traditionele ethische stromingen het geval is, maar gevonden wordt in de empirie; de zorgpraktijk. Deze praktijk bestaat uit verschillende lagen namelijk: de geleefde ervaringen (van individuele mensen, in relatie tot hun omgeving), de zorgpraktijk (zoals de professionele setting) en de ordening van de samenleving waarbinnen dit plaatsvindt (Leget et al., 2019). Wat ‘het goede’ is voor een particuliere praktijk kan niet van buitenaf worden bepaald door het toepassen van regels of principes maar is situationeel en plaatsgebonden (Leget et al., 2019; Vosman, 2018).

De dialectische benadering van de Utrechtse Zorgethiek is passend bij dit onderzoek waarbij de empirische data in dialoog gebracht wordt met de theorie om zo antwoord te kunnen geven op de vraag wat goede zorg is voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd vanuit de organisatie.

2.3 De mens vanuit zorgethisch perspectief

Vanuit zorgethisch perspectief wordt de mens niet gezien als een autonoom en onafhankelijk individu maar als kwetsbaar en in meer of mindere mate afhankelijk van anderen gedurende zijn leven (Kittay, 1999; Tronto, 2013; Walker, 2007). Binnen de zorgethiek wordt relationaliteit benadrukt. Het moreel oordeel wordt gezien als contextueel en herzienbaar en heeft aandacht voor de behoeften en perspectieven van de ander (Gilligan, 1982). Ook de mens die het moreel oordeel vormt staat niet buiten de situatie maar is een relationeel subject; een mens met specifieke eigenschappen, middenin en verbonden aan een specifieke situatie en de daaraan verbonden perspectieven (Robinson, 2020).

2.4 Wat is zorg?

In deze paragraaf zet ik uiteen welke visie op zorg uitgangspunt is voor dit onderzoek. We starten daarvoor bij het werk van Joan Tronto, Amerikaanse zorgethica en politica. Zij reageerde voornamelijk op het werk van Nel Noddings en schreef in 1993 het boek ‘*Moral Boundaries*’ waarin zij radicaal afscheid neemt van het liberale mensbeeld van de mens als autonoom en onafhankelijk en zorg voorstelt als de rode draad door ons leven.

Tronto (1993) definieerde, samen met Berenice Fischer, zorg als volgt;

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

Zorg is volgens deze definitie niet beperkt tot de menselijke interactie maar kan ook zorg zijn voor objecten of het milieu. Datgene dat gezien wordt als 'zorgen' staat niet vast maar verschilt van cultuur tot cultuur. Tot slot ziet Tronto (1993) zorg niet als uitsluitend dyadisch, als een relatie tussen twee individuen zoals moeder en kind. Een dergelijke opvatting van zorg sluit de politieke en sociale context uit. Hierdoor lijkt zorg alleen de privésfeer plaats te vinden en blijft de sociale en maatschappelijke functie van zorg buiten beeld. Tronto wil benadrukken dat zorg een praktijk is en niet alleen een zorgende houding of karaktereigenschap. Zorg als praktijk bestaan uit denken én actie met een bepaald doel. Dit doelgerichte denken en doen begrenst ook wat als redelijk gezien kan worden binnen de zorgpraktijk.

2.4.1 Fasen in het zorgproces

Tronto (Tronto, 1993, pp. 106-108, 127-136; 2013, p. 23, van Nistelrooij, 2008) onderscheidt vijf elementen in het zorgproces. Elk element of fase is verbonden aan een ethisch element. De eerste fase (*caring about – attentiveness*) wordt gekenmerkt door het herkennen en erkennen van zorgbehoeften en vaststellen dat hierin moet worden voorzien. Hiervoor is aandacht en opmerkzaamheid voor de behoeften van anderen nodig. Het ideaal is volgens Tronto dat deze aandacht volledig gericht is op de ander en dat daarvoor de eigen doelen, ambities en levensplannen opgeschort worden. Voorwaarde voor het herkennen van de behoeften van anderen is echter wel dat ook in de eigen behoeften is voorzien.

De tweede fase (*taking care of - responsibility*) is het daadwerkelijk verantwoordelijkheid nemen om te zorgen. Hiervoor is het nodig dat erkend wordt dat men in de positie is om in de opgemerkte behoeften van de ander te voorzien. Het gaat hier om het scheppen van de juiste voorwaarden om daadwerkelijk te kunnen zorgen, zoals het faciliteren van medewerkers zodat ze de zorg kunnen uitvoeren.

In de derde fase (*care giving - competence*) vindt het daadwerkelijke, fysieke en concrete, zorgen plaats waarbij zorgverlener en zorgontvanger met elkaar in contact zijn. Het adequaat verlenen van zorg vraagt de juiste competenties van de zorgverlener.

De vierde fase wordt gekenmerkt door het reageren op de geboden zorg door degene die de zorg ontvangt (*care receiving - responsiveness*). In deze fase staat de vraag centraal in hoeverre de geboden zorg aansluit op de behoeften van de zorgontvanger. Zorgrelaties zijn namelijk per definitie asymmetrisch en dit maakt de zorgontvanger ook kwetsbaar. De zorgontvanger is afhankelijk van de zorgverlener en omgekeerd is dit niet het geval. Inherent aan de zorgethische ontologie is dat alle mensen in meer of mindere mate van zorg afhankelijk en dus kwetsbaar zijn.

In de vijfde fase (*caring with – solidarity*) staat het democratisch voldoen aan zorgbehoeften centraal zodat er geen zorgbehoeften zijn die niet serieus worden genomen of worden genegeerd. Hiervoor is het nodig dat de morele complexiteit van afhankelijkheid en kwetsbaarheid begrepen wordt en dat alle burgers worden gezien als zowel zorgontvangers als zorggevers. (Tronto, 2013, p. 23, 35).

Het fasenmodel van Tronto maakt duidelijk welke morele competenties verbonden zijn aan zorg. Daarnaast maken de verschillende fasen in dit model duidelijk dat zorg niet alleen bestaat binnen de relatie tussen zorggever en zorgontvanger maar een praktijk is die ingebed is in een groter geheel en deel uitmaakt van het politieke domein. De implicaties voor zorg als politiek domein zijn interessant voor het werkveld van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd dat sterk verankerd is in politiek beleid.

2.5 Wat is *goede* zorg?

Doelen van zorgpraktijken kunnen afgeleid worden uit de zorgfasen die door Tronto (1993, p. 109) gezien worden als weergave van ideale zorg. Aan de hand daarvan maakt Tronto (1993, p.109) ook meteen duidelijk dat zorg in de praktijk niet ideaal verloopt maar inherent is aan conflict. De verschillende zorgfasen lopen soms niet vloeiend in elkaar over en kunnen ook in zichzelf disharmonieus verlopen. Ook het bepalen van de behoeften van de zorgontvanger en of en hoe daaraan zou moeten worden voldaan leidt tot onenigheid en beïnvloedt de kwaliteit van de zorg. Dit is vaak gerelateerd aan hiërarchie en bureaucratie (Tronto, 1993 p.109).

Goede zorg bestaat volgens Tronto uit een goed geïntegreerd proces waarin het voorzien in de

zorgbehoeften op een democratische manier vormgegeven moet worden en dus een politieke taak is (Tronto, 2013).

Hoewel het voor de hand ligt om de zorgontvanger alleen te definiëren als cliënt of patiënt heeft de zorgverlener volgens Tronto ook (zelf)zorg nodig en is dus tegelijk ook zorgontvanger (1993, p. 131). Dit element van zorg is belangrijk voor dit onderzoek omdat ik wil weten hoe goede zorg voor de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd als zorgontvanger, vormgegeven moet worden. Volgens Van Heijst (2005, p. 76) schiet het fasenmodel van Tronto echter tekort als het gaat om het kunnen definiëren van goede zorg. Goede zorg is volgens Van Heijst dus zorg die niet alleen door de zorgontvanger en diens naasten, maar ook door de zorgverlener als goed wordt beschouwd en waarin de verschillende posities en verantwoordelijkheden worden meegewogen. Deze aanvulling van Van Heijst is voor dit onderzoek relevant omdat het meewegen van verantwoordelijkheden handvaten kan geven voor het definiëren van wat goede zorg is voor de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

2.6 Verantwoordelijkheid

2.6.1 Drie dimensies van professionele verantwoordelijkheid

Van Dartel en Molewijk (2014, pp. 43-44) stellen dat professionele verantwoordelijkheid drie dimensies omvat die met elkaar op gespannen voet kunnen staan. De professionaliteit van de zorgverlener wordt volgens hen bepaald door “diens bereidheid en vermogen om beredeneerde keuzes te maken tussen de verschillende verantwoordelijkheden waarmee hij in de zorg voor iemand wordt geconfronteerd”.

De eerste dimensie is functionele verantwoordelijkheid. Deze betreft de aanspraken die volgen uit de rol die hij als medewerker van een organisatie heeft. Te denken valt hierbij aan een visie op zorg, protocollen waarin waarden en normen zijn vastgelegd, gedragsregels en productienormen. De tweede dimensie is de beroepsmatige verantwoordelijkheid en betreft verplichtingen die samenhangen met de uitoefening van een beroep zoals het je laten leiden door een beroepscode, het bijhouden van vakkennis en vaardigheden en de normen van de beroepsgroep die wordt voorgehouden en nageleefd. Tot slot noemen Van Dartel en Molewijk (2014, p.44) de persoonlijke verantwoordelijkheid. In de eerste plaats betreft dit het persoonlijke appèl dat de beroepsbeoefenaar ervaart in de zorgrelatie. In de tweede plaats gaat dit om persoonlijke waarden en normen die een persoonlijke kleur geven aan de interpretatie van zijn verantwoordelijkheden.

Deze twee elementen hangen met elkaar samen. Het uitgangspunt voor persoonlijke verantwoordelijkheid is de persoonlijke ontvankelijkheid die iemand heeft voor het morele appèl van de zorgvrager. Van Dartel en Molewijk stellen dat iemand die professioneel handelt nooit rechtstreeks zal ingaan op het persoonlijke appèl dat hij ervaart maar zich altijd zal afvragen hoe dit zich verhoudt tot de beroepsmatige en functionele beoordeling van de zorgbehoefte van de cliënt. Dit impliceert dus een persoonlijke afweging in elke individuele situatie (Van Dartel & Molewijk, 2014, pp.44,45) Wat betreft de functie van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd zou het mogelijk kunnen zijn dat persoonlijke verantwoordelijkheid op gespannen voet komt te staan met de beroepsmatige verantwoordelijkheid. Van Dartel en Molewijk leggen namelijk het verband tussen de persoonlijke ontvankelijkheid die iemand heeft voor het morele appèl van de zorgvrager en hoe deze persoonlijke verantwoordelijkheid vormgegeven wordt. Zij gaan verder niet in op deze dynamiek. De zorgethische literatuur geeft mogelijk meer inzicht in deze dynamiek en de relevantie ervan voor dit onderzoek.

2.6.2 Verantwoordelijkheid voortkomend uit plicht

Voor het begrijpen van de verschillende perspectieven op verantwoordelijkheid benaderen we deze eerst vanuit meta-ethisch perspectief. Ik gebruik hiervoor de vier paradigma's zoals beschreven door Van Nistelrooij en Visse (2019) en verbind deze concreet aan de praktijk van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

Het eerste paradigma is verantwoordelijkheid als voorkomend uit een belofte door een autonoom subject. Deze belofte resulteert in de plicht om deze na te komen. Te denken valt hier aan de wettelijke plicht van de zorgaanbieder om kwalitatief goede zorg te verlenen of de plicht van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd om zich te houden aan het kwaliteitskader. De ondersteuning van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd bestaat uit het beschermen van de rechten en plichten van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Het maken van een belofte impliceert vrijheid en keuze maar gaat voorbij aan situaties waarin de plicht om te zorgen niet voortkomt uit een belofte, zoals in al bestaande relaties. Een ander probleem is, volgens Van Nistelrooij en Visse (2019) dat dit paradigma uitgaat van een gelijke positie tussen daadkrachtige individuen.

2.6.3 *Verantwoordelijkheid voortkomend uit waargenomen behoeften van de ander*

In het tweede paradigma wordt gelijkheid niet gezien als gebaseerd op gelijke rechten maar gelijkheid op basis van een gemeenschappelijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid van zorg (Kittay, 1999). Binnen dit paradigma vormen de behoeften van de ander en de relatie met de ander, de morele basis waaruit de verplichting voortkomt om hieraan tegemoet te komen door degene die hiertoe in de gelegenheid gesteld is. Deze verplichting ontstaat dus in de situatie en is niet vooraf bepaald.

Deze opvatting van verantwoordelijkheden wordt gedeeld door Tronto. Verantwoordelijkheid gaat voor haar verder dan formele regels en verplichtingen en de vraag hoe men zich daartoe verhoudt, maar probeert te begrijpen waarom bepaalde situaties van onrecht zijn ontstaan en of eventuele tekortkomingen (e.g. vanuit een persoon of organisatie) verantwoordelijkheden creëert (Tronto, 1993, p.132). Verantwoordelijkheid is volgens Tronto (1993, pp. 131, 133) dus meer dan plicht; zij ziet het als de basis voor het begrijpen wat mensen voor elkaar zouden moeten doen en daarmee is verantwoordelijkheid een moreel geladen begrip. Tronto brengt dit in verband met zorg: *“Something we did or not did has contributed to the needs for care, and so we must care”* (Tronto, 1993, pp.132). Dit inzicht maakt duidelijk dat het niet alleen gaat om het persoonlijke appèl op de zorgverlener maar ook de bredere context waarin verantwoordelijkheid ontstaat en maakt duidelijk waarom interpretaties van verantwoordelijkheid moreel geladen zijn. Uitgaand van dit paradigma kunnen cliëntvertrouwenspersonen-Wzd in de relatie met de cliënt geconfronteerd worden met de behoeften van de cliënt en verantwoordelijkheid willen nemen voor het tegemoetkomen hieraan, los van of dit hun plicht of taak is.

2.6.4 *Verantwoordelijkheid als gesitueerd en zichtbaar in de praktijk*

In het derde paradigma staat het werk van Margaret Urban Walker (2007), Amerikaans filosoof, centraal. Verantwoordelijkheden worden volgens Walker zichtbaar in de praktijk en kunnen van daaruit in kaart worden gebracht. Zo wordt zichtbaar wie waarvoor verantwoordelijk wordt gesteld, wat mensen zelf als hun verantwoordelijkheid zien en wie de verantwoordelijkheid daadwerkelijk neemt. Zij gebruikt het expressieve-collaboratieve model als uitgangspunt. Ze noemt dit expressief omdat moraliteit tot uiting komt in handelen in de praktijk en in verhalen. Morele kennis ziet zij als gezamenlijk (collaboratief) resultaat van waarheidsvinding tussen groepen mensen. Culturele en sociale verschillen beïnvloeden deze morele kennis en is daarom niet puur rationeel en individualistisch (Van Heijst, p. 306;

Walker 2007, pp 66-77). Dit denken over moraliteit ligt aan de basis van haar 'geografie van verantwoordelijkheden'.

This "geography of responsibility" opens the way for critical assessments of how, and upon whom, responsibilities fall, and how the topography of a particular social life regulates the flow of shared understandings about who is going to be expected to see to and account for situations, outcomes, or tasks. (Walker, 2007, p.86)

Walker gaat daarbij uit van de feitelijke afhankelijkheid, *dependency-in-fact*. Hiermee bedoelt ze dat binnen een specifieke relatie de een als het ware de controle 'bezit' over de kwetsbaarheid van de ander. De kwetsbaarheid van de een en de behoeften die hierin ontstaan hangen samen met mogelijkheden van de ander om in deze belangrijke behoeften te voldoen.

Walker concentreert zich daarbij op hoe toeschrijvingen van verantwoordelijkheid aan bepaalde sociale groepen tot stand zijn gekomen en hoe deze verband houden met overtuigingen en gevoelens (Van Heijst, 2005, p. 306; Walker 2007, p. 90). Het gevoel is volgens Walker een morele bron; op basis van wat mensen kwaad of beschaamd maakt nemen zij verantwoordelijkheden. Deze morele gevoelens zijn niet louter individueel maar gerelateerd aan culturele en sociale verwachtingen. (Van Heijst, 2005, p. 307). Een concreet voorbeeld hiervan is de sociale norm dat de zorg voor kinderen primair de taak van moeders is. Een fulltime werkende moeder kan vanuit dit perspectief onverantwoordelijkheid worden verweten. Voor Walker is dit inzicht cruciaal want het maakt duidelijk dat niet alle mensen met dezelfde maat worden gemeten. Verwachtingen en eisen ten aanzien van groepen mensen weerspiegelen volgens haar welke verhoudingen als juist worden gezien (Van Heijst, 2005, p. 307). Vanuit dit gezichtspunt is het zinvol om in het empirisch onderzoek aandacht te hebben voor wat de respondenten kwaad of beschaamd maakt en welke normen en waarden hieraan ten grondslag liggen. Wat wordt door hen als 'goed' gezien en wat niet en waarom? De geografie van verantwoordelijkheid van Walker is complementair aan de dimensies van verantwoordelijkheid zoals beschreven door Van Dartel en Molewijk. Het gaat dus niet alleen om het persoonlijk appèl waaruit verantwoordelijkheden aan zichzelf toebedeeld worden of de beroepsmatige verantwoordelijkheid maar ook om verantwoordelijkheden die door anderen worden toebedeeld of veronderstelt worden of waaraan anderen zich onttrekken.

2.6.5 Verantwoordelijkheid als gift

Van Nistelrooij en Visse (2019) voegen met hun vierde paradigma een nieuw perspectief toe. Zij vragen meer aandacht voor de *gegevenheid* die aan verantwoordelijkheid inherent is, in plaats van de nadruk te leggen op de *agency* van de zorgverlener die verantwoordelijkheid kan oppakken of naast zich neerleggen. Van Nistelrooij en Visse (2019) belichten verantwoordelijkheid vanuit een fenomenologisch perspectief dat zij ontleen aan het werk van de Franse fenomenoloog Jean-Luc Marion (2002). Zijn werk laat zien dat zorg ook een passieve kant heeft. Een verantwoordelijk persoon of samenleving beantwoordt iets of iemand op een pre-reflexieve, affectieve manier. Dit wil zeggen dat de respons niet bewust en doordacht is. De respons krijgt vorm in een gevoel of emotie. Deze roep (Marion noemt het *gift*) is een onzichtbare roep die pas zichtbaar wordt (*responsal*) in degene die de roep ontvangt (*the gifted*). De ontvanger *reageert* hier op. Dit perspectief geeft het begrip *appèl* dat Van Dartel en Molewijk benoemen een iets lichtere en minder morele lading. Het ontvangen *appèl* kan dan vooral gezien worden als een kans om af te zien van onverschilligheid door aan de roep gehoor te geven en daadwerkelijk te zorgen voor de ander.

2.7 Relationaliteit

Zoals ik eerder schreef wordt zorg binnen de zorgethiek beschouwd als een bij uitstek relationele praktijk (Tronto, 2013, p.161). Deze praktijk is ingebed in een politieke praktijk zoals ook heel duidelijk zichtbaar is in de zorgpraktijk van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd die voortkomt en vormgegeven wordt vanuit landelijke wetgeving. De cliëntvertrouwenspersoon verhoudt zich tot het netwerk rondom de cliënt dat bestaat uit persoonlijke relaties maar ook relatief veel zorgrelaties waarbinnen de cliënt vaak een afhankelijke positie inneemt. De cliëntvertrouwenspersoon-Wzd verhoudt zich ook tot de zorgaanbieder. Het *life-sustaining web* zoals Tronto en Fisscher (Tronto, 1993, p.103) het omschrijven laat zien dat het gaat om een met elkaar samenhangend geheel van elementen die samen de leefwereld vormen en in relatie tot elkaar staan.

2.7.1 De relatie als cruciaal element van professioneel handelen

Van Heijst (2005) stelt dat ideale zorg een combinatie is van vakmanschap en betrekking. In haar opvatting van zorg als *menslievende zorg*, stelt ze de zorgrelatie centraal en probeert ze in woorden te vatten dat een zorgzame professionele omgang geen 'extraatje' is maar een wezenlijk onderdeel van zorg. Binnen de relatie wordt duidelijk wie de ander is en welke

behoefden de ander heeft. Van Heijst baseert haar visie op de zorgrelatie voor een belangrijk deel op de presentiebenadering van theoloog, filosoof en zorger Andries Baart. Voor Baart staat 'presentie' tegenover 'interventie'. Presentie is niet zomaar 'er zijn' of 'erbij blijven' maar een specifieke professionele werkwijze. Presentie is ook niet de afwezigheid van 'doen' al verzet Baart zich tegen het dominante idee dat enkel interventie als enige legitieme professionele zorgbenadering gezien wordt (Baart, 2001 in Van Heijst, p.129). Presentie draait volgens hem om het in relatie gaan staan en te erkennen dat de ander voluit telt, hoe die er ook aan toe is en hoe die zich ook gedraagt. De presentiebeoefenaar "schept ruimte voor wat niet maakbaar of afdwingbaar is, komt naar je toe maar biedt soms ook tegenwicht of gaat tegen je in" (Van Heijst, 2005, p.172). Menslievende zorg kan dienen als een normatief kader voor zowel de zorg van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd aan de cliënt als de zorg vanuit de werkgever aan de cliëntvertrouwenspersoon. De vier aspecten van de 'latende modus' (Baart, 2001, p. 369 in Van Heijst, p.173) maken concreet hoe een goede zorgrelatie eruit zou moeten zien.

Het eerste aspect van de latende modus is het *pathische aspect*. Presentie is niet gericht op het oplossen van problemen maar de ander nemen zoals hij is, de tijd gunnen, uithouden, waken en verduren. Het gaat gepaard met het erkennen van de eigen beperkte professionele reikwijdte en onwetendheid over wat eigenlijk het goede is voor de ander. Het tweede aspect is een *empathische verhouding* tot het onverhelpbare en het tragische. Het draait om het erkennen van lijden en de tragische bestaanswerkelijkheid voluit onder ogen durven zien door het durven aanraken van pijn. Dit vraagt het kunnen uithouden bij ontredde, ontzetting, leegte en gemis, ook als deze bij de presentiebeoefenaar zelf wordt opgeroepen (Baart, 2001 in Van Heijst, p.175). Het *sympathische aspect* is het derde element van de latende modus en betekent dat de professional geen mededogen heeft op een afstandelijke manier maar zich laat raken door het lijden van de ander. Tot slot is er het *sympathiserende aspect*. De presentiebeoefenaar kan de gebrokenheid in het leven van de ander niet repareren maar kan wel een ongebroken relatie aanbieden: "Het betrouwbare aanbod van de eigen nabijheid" (Baart, 2001, in Van Heijst, 2005, p. 175).

Van Heijst haar opvatting over relationaliteit vraagt een ander perspectief op de zorgrelatie dan zorg verlenen vanuit alleen vakmanschap of professionele deskundigheid. Van Heijst benadrukt dat verantwoordelijkheid relationeel is. Voor het opnemen van zorgverantwoordelijkheid is het essentieel of men de ander ziet als medemens of als een vreemde of minderwaardige (Van Heijst, p. 312). Beroepsmatig verantwoordelijkheid is

volgens Van Heijst een praktijk van “...moreel zeer relevante medemenselijkheid. Het is een praktijk van aan elkaar deel krijgen, op basis van de erkenning dat mensen reeds deel aan elkaar hebben” (p. 313). Menslievende verantwoordelijkheid draait volgens haar om “het openstellen voor het appèl van de ander en daarop zorgzaam antwoorden met nabijheid en professionele vakkundigheid” (p.314).

2.8 Conclusie

Dit hoofdstuk begon met het situeren van het onderzoek binnen het kennisveld van de zorgethiek. Vervolgens stond ik stil bij de zorgethische ontologie, de mens als relationeel, kwetsbaar en afhankelijk, en de zorgethische epistemologie, morele kennis wordt zichtbaar in de praktijk en niet uit universele en abstracte principes. Vervolgens zagen we dat zorg een praktijk is en niet alleen een zorgende houding of karaktereigenschap. Zorg als praktijk bestaat uit denken én actie met een bepaald doel. Deze zorgpraktijk bestaat uit verschillende lagen namelijk: de geleefde ervaring, de zorgpraktijk en de ordening van de samenleving waarbinnen dit plaatsvindt. Zorg bestaat volgens Tronto bestaat uit vijf fasen en bijbehorende ethische elementen die met elkaar samenhangen. Goede zorg verloopt idealiter volgens deze fasen en beantwoordt aan de behoeften van de zorgontvanger. De zorgverlener heeft ook (zelf)zorg nodig en is tegelijk dus ook zorgontvanger. Het morele oordeel van de zorgverlener moet dus ook meewegen in het oordeel over de ontvangen zorg.

Verantwoordelijkheid werd eerst uitgewerkt aan de hand van de drie dimensies van professionele verantwoordelijkheid namelijk; functionele verantwoordelijkheid beroepsmatige verantwoordelijkheid en persoonlijke verantwoordelijkheid. Vervolgens zagen we dat er vier morele paradigma's zijn ten aanzien van verantwoordelijkheid; verantwoordelijkheid voortkomend uit plicht, verantwoordelijkheid als volgend op het waarnemen van een zorgbehoefte, verantwoordelijkheid als expressief-collaboratief en verantwoordelijkheid als een gift.

Tot slot is duidelijk geworden dat zorg gezien kan worden als een relationele praktijk van in elkaar genestelde praktijken die met elkaar verbonden zijn. Van Heijst ziet een zorgzame professionele omgang als een wezenlijk onderdeel van *menslievende zorg*. *Menslievende verantwoordelijkheid* draait volgens haar om het openstellen voor het appèl van de ander en daarop zorgzaam antwoorden met nabijheid en professionele vakkundigheid.

3. Methode

3.1 Verantwoording literatuur en bronnen

Voor het beantwoorden van de theoretische deelvraag heb ik een literatuurstudie uitgevoerd naar de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit met gebruik van zorgethische literatuur uit het curriculum van de master ZeB, publicaties van de Universiteit voor Humanistiek en door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode.

Voor de wetenschappelijke relevantie heb ik via Google Scholar en WorldCat gezocht met de zoektermen: complaints officer/ombudsman/independent mental health advocates (IMHA)/residents advocates, voluntary advocacy + coercive interventions/compulsory treatment/forces treatment/ involuntary treatment + conflict/role/lived experience/moral distress/perception/ responsibility/relationality.

3.2 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek bestaat uit een conceptueel en empirisch deel. Deze tweeledigheid is kenmerkend voor de Utrechtse Zorgethiek waarbinnen de verbinding tussen theorie en empirie centraal staat en waarin gesteld wordt dat morele inzichten zichtbaar worden in de praktijk (Leget, van Nistelrooij & Visse, 2019). Deze tweeledige onderzoeksbenadering zorgt ervoor dat het perspectief en bekommernissen van deelnemers aan een zorgpraktijk, in dit geval de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd, serieus genomen worden. De geleefde ervaring van de deelnemers aan de zorgpraktijk worden niet ontkracht door een analyse op basis van theorie en morele principes maar *meegedacht* (Vosman & Niemeijer, 2017).

Daaruit voortvloeiend heb ik voor het empirisch onderzoek gekozen voor een fenomenologische benadering, gebaseerd op de fenomenologie als filosofische stroming. Deze benadering onderzoekt de geleefde ervaring van een concept of fenomeen (Creswell & Poth, 2018, p. 75). De fenomenologie als filosofische stroming is gebaseerd op het werk van de filosofen Husserl, Heidegger, Merleau Ponty en Satre (Smith et al., 2022). Binnen dit paradigma is er geen sprake van een scheiding tussen object en subject. Dat wil zeggen dat de ervaring niet los gezien kan worden van de wereld en dus niet waargenomen kan worden als iets buiten zichzelf. Deze betekenis is pre-reflexief; de betekenis wordt al toegekend aan de ervaring voordat er reflectie plaatsvindt (Eatough & Smith, 2017).

Het theoretische deel bestaat uit een literatuurstudie naar de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit vanuit zorgethisch perspectief. De uitwerking van deze concepten vormen de zorgethische lens waardoor ik naar de empirische bevindingen heb gekeken.

3.3 Onderzoeksmethode

Tijdens het onderzoek heb ik een zo open mogelijke onderzoekshouding aangenomen zoals passend is bij een fenomenologische onderzoeksbenadering (van der Meide, 2015, p.24). Ik ben me er gedurende het onderzoek steeds sterk van bewust geweest dat mijn functie als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd enerzijds de sensitiviteit voor de data vergrootte maar anderzijds ook een beperking was die vroeg om constante reflectie. Om mijn eigen overtuigingen, ervaringen en gedachten het onderzoek zo min mogelijk te laten beïnvloeden heb ik tijdens het onderzoek een reflexief dagboek bijgehouden (zie Bijlage D).

De fenomenologische onderzoeksbenadering is passend bij dit onderzoek omdat deze theorie en empirie met elkaar verbindt. Door het beschrijven van de geleefde ervaring van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd en hier, op dialectische wijze, vanuit (zorgethische) theorie, op te reflecteren worden zowel de empirische ervaringen als de zorgethische theorie verrijkt en verdiept.

3.4 Casusdefinitie en onderzoekseenheden

Omwille van de korte looptijd van het onderzoek heb ik de onderzoekseenheid beperkt tot zes cliëntvertrouwenspersonen-Wzd. Ik heb een mail gestuurd naar vertrouwenspersonen-Wzd die minstens twee jaar werkzaam zijn als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd bij mijn eigen werkgever. Binnen enkele dagen heb ik zes respondenten gevonden die bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten waren zoveel mogelijk afkomstig uit andere teams (zie hoofdstuk 8.4).

3.5 Dataverzameling

De empirische dataverzameling heeft plaatsgevonden doormiddel van zes diepte-interviews, uitgevoerd met behulp van een semigestructureerde interviewgide (Smith et al., 2022; Evers, 2015, p.31) (bijlage C). De respondent werd hierbij beschouwd als ervaringsdeskundige en ik had als onderzoeker een ondersteunde rol (Eatough & Smith, 2017). Hoewel ik de dataverzameling gestuurd heb door het stellen van vragen heb ik vooral doorgevraagd naar de ervaringen die de respondenten zelf naar voren brachten. Tijdens de interviews heb ik de respondenten gevraagd om professionele relaties visueel in kaart te brengen doormiddel van een netwerk-tekening. De positionering van de verschillende onderdelen op het papier was ondersteunend bij het gesprek en gaf inzicht in de netwerkrelaties en de positie van de respondent daarin. Eén respondent kende ook betekenis toe aan de gebruikte kleuren en dit gaf verdieping aan haar verhaal. Daarnaast gebruikte ik associatiekaarten als hulpmiddel voor de respondent. De interviews eindigden met de vraag een kaart te kiezen die symbool staat voor de perceptie van zichzelf als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd. De keuze van de kaart hielp om meer inzicht hierin te verkrijgen en resulteerde soms in nieuwe gesprekspunten.

3.6 Data-analyse

De data-analyse heb ik uitgevoerd aan de hand van de Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Nizza, 2022). IPA is gebaseerd op zowel fenomenologie als hermeneutiek en ideografie en stelt de leefwereld centraal. Deze analysemethode is goed passend bij de kleine populatie van zes respondenten. Elk interview heb ik eerst individueel geanalyseerd alvorens deze te vergelijken met de ervaringen van anderen of in dialoog te brengen met de zorgethische theorie (Smith & Nizza, 2022, p. 9).

Het analyseproces bestond uit de volgende stappen (Smith et al., 2022, pp. 75-108):

1. Lezen en herlezen van de transcripten.
2. Maken van verkennende notities
3. Construeren van *experiential statements*
4. Zoeken naar verbanden tussen de *experiential statements*
5. Benoemen van *personal experiential themes* en deze ordenen in een tabel
6. Individueel analyseren van elk volgend interview
7. Ontwikkelen van *group experiential themes* uit de *personal experiential themes*

Het analyseproces heb ik handmatig uitgevoerd met behulp van Word. Tijdens het analyseproces heb analytische notities gemaakt bij elke afzonderlijke stap zodat gemaakte keuzes achteraf traceerbaar zijn. De thema's zijn geselecteerd op basis van de onderzoeksvraag. Dit heeft tot gevolg dat de aanvankelijke thema's 'Corona' en 'Starten met de functie' niet opgenomen zijn in dit onderzoek.

3.6 Ethische overwegingen

Naast kwaliteitscriteria dragen ook ethische overwegingen bij aan de kwaliteit van het onderzoek. De maatregelen zoals ik beschreven heb in het datamanagementplan stonden garant voor het waarborgen van de privacy van de respondenten en een vertrouwelijke behandeling van de door hen verstrekte gegevens. De tweede lezer heeft namens de ethische commissie akkoord gegeven voor de onderzoeksopzet. Alle respondenten zijn vooraf uitvoerig geïnformeerd over hun rechten en gaven *informed consent* voordat zij deelnamen (bijlage B) Ik heb plaats en tijd van het interview afgestemd zodat dit geen belemmering vormde voor een open gesprek. In overleg met de werkgever is de tijdsbesteding van de respondenten gecompenseerd. Ik heb zelf het gehele onderzoek uitgevoerd in eigen tijd om mijn onafhankelijke positie als onderzoeker te kunnen waarborgen. Ik heb contact gehouden met de respondenten tijdens het onderzoek en was bereikbaar voor vragen. Ook na afronding zal ik beschikbaar zijn voor eventuele vragen en zorgen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de deelvraag: *“Wat is de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersoon-Wzd?”* Het hoofdstuk begint met een korte inleiding.

Vervolgens vertellen de respondenten in hun eigen bewoordingen over hun ervaringen en welke betekenis deze voor hen heeft. Er zijn een aantal kernthema's te onderscheiden. Deze thema's zijn; *drijfveren, weerstand ervaren, dilemma's rondom de eigen positie, kwetsbaarheid, compassie met de cliënt, worstelen met verantwoordelijkheid, geen voldoening ervaren en behoefte aan ondersteuning.*

Passend bij de onderzoeksbenadering IPA is een manier van rapporteren die mijn interpretaties als onderzoeker weergeeft en de citaten van de respondenten introduceert, met elkaar verbindt en in de context plaatst. Deze interpretaties worden onderbouwd met een grote hoeveelheid citaten van de respondenten die recht doet aan de verschillen en overeenkomsten tussen de respondenten (Smith et al., 2022, p.113).

4.1 Inleiding

Alle zes respondenten zijn vanaf de start van het ingaan van de Wet zorg en dwang (Wzd) begonnen met de functie. Het interview startte met een terugblik naar de periode dat ze zouden gaan starten met de functie, hun drijfveren voor de functie en hun verwachtingen.

Thema 1 Drijfveren

1.1 Maatschappelijke verandering en verbetering van de kwaliteit van de zorg

Bijna alle respondenten maken zich zorgen over de kwaliteit van de Nederlandse zorg aan mensen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening en willen bijdragen aan verbetering hiervan. Ze hebben ideeën over hoe een ideale samenleving eruit zou moeten zien en wat er verbeterd kan worden aan de zorg, zoals Marja laat zien:

“Dus ik denk dat je als samenleving daar heel veel in te doen hebt en moet zorgen dat iedereen een goede plek heeft. En daar schort het de laatste tijd wel heel erg aan. Met alle goeie bedoelingen van mensen zie ik toch dat het... Ja, zo doen we dit nu eenmaal. Of ja, ik heb het te druk vanwege alle administratie. Dan denk ik ja, maar daarvoor zijn we niet in de zorg gegaan, weetje? Dat doe je vanuit een bepaalde motivatie en dat wil ik wel dat dat zo blijft ofzo.”

Ze moeten er niet aan denken om zelf beperkt te worden in hun vrijheid en gunnen die vrijheid ook een ander, ook als deze afhankelijk is van zorg.

1.2 Bestrijden van onrecht

Gerelateerd aan het willen verbeteren van de zorg is het willen bestrijden van onrecht. Met name voor Roxan is dit haar grootste drijfveer die als een rode draad door haar verhaal loopt.

“Ja, ik denk dat, de grootste drijfveer is wel het recht van die kwetsbare cliënt. Ik ben gevoelig voor onrecht. Een van de redenen denk ik, waarom ik dit werk ook doe. Dat vind ik wel belangrijk. Dat ik denk van, joh, dit zijn wel mensen met een verstandelijke beperking of mensen die dementie hebben of een van de andere aandoeningen maar dat maakt ze nog steeds mens. En ik denk echt wel dat dat wel de belangrijkste drijfveer is, dat we ook menselijk met elkaar blijven omgaan”

Ook bij de andere respondenten is dit terug te zien. Hanna strijdt voor de rechten van de cliënt zoals het recht op ondersteuning van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd, recht op goede zorg, welzijn en kwaliteit van leven, recht op inspraak en het maken van eigen keuzes.

“Ik wil zo graag, wat ik zeg, dat cliënten wél zelf mogen bepalen wat ze willen en eigen keuzes mogen maken in hun leven. Waardoor hun welzijn, want dat is wel, ik ben al jaren echt gewoon welzijnswerker. Welzijn voor mensen vind ik ook heel belangrijk. En ik denk dat dit ook mijn grote trigger is. Het gaat om welzijn, het gaat om welbevinden, het gaat om kwaliteit van leven.”

De rechtspositie van de cliënt ten opzichte van zijn vertegenwoordiger maar ook de rechtspositie van de vertegenwoordiger ten opzichte van de zorgaanbieder baart een aantal respondenten zorgen. Zij zouden hier graag verbetering in willen zien als het binnen hun invloed zou liggen. Voor Hanna is de grote mate van afhankelijkheid die de cliënt ervaart ook een belangrijke reden om het werk te doen. Zij ervaart zelf een toenemende mate van afhankelijkheid en dit levert voor haar dilemma's op. Ze wil graag dat de cliënt op durft te komen voor zichzelf en zijn rechten ondanks zijn grote afhankelijkheid van de zorgaanbieder.

1.3 Het verschil kunnen maken

Voor alle respondenten is het belangrijk dat hun werk iets wezenlijks bijdraagt aan het verbeteren van de situatie voor de cliënt. Ze willen graag van betekenis zijn voor de cliënt. Het verhaal van Gea is hier een voorbeeld van. Zij kon heel veel betekenen voor een cliënt die onterecht opgenomen was op een gesloten afdeling. Dat zij het verschil kon maken voor deze

vrouw en haar de vrijheid terug kon geven is een ervaring die haar heel erg bijgebleven is. Toen de vrouw op sterven lag, enige tijd nadat de kwestie afgerond was, werd Gea gebeld met de vraag of zij afscheid wilde nemen van de cliënt. Voor Gea was dit een bevestiging van de betekenis die haar werk had voor de cliënt.

“En toen heb ik haar hand ook vastgehouden op haar sterfbed. En nou, toen heeft ze mij ook teruggegeven van: “Ja, jij hebt mij het laatste jaar het leven waardevol gemaakt”.

Zoals de drijfveren van de respondenten ook al lieten zien is het voor hen allen van belang dat er een verandering plaatsvindt. Ze ervaren stuk voor stuk veel voldoening als het hen lukt om bewustwording teweeg te brengen en zo een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de zorg en ‘het verschil te maken’. Voor Marja levert het werk voornamelijk voldoening op als er beweging waar te nemen is, zelfs als dit in negatieve zin is.

“Als ik maar nog beweging zie. Als ik denk, oké. Ik kan ook heel zwaar gefrustreerd raken van; god, alweer mijn folders weg! Maar dat is dan de zoektocht van hoe kan je daar dan iets positiefs in buigen? Dus dat is toch hoe je er zelf inzit.”

Door er anders naar te kijken en alle beweging als zinvol te zien behoudt ze de energie voor haar werk. Bij Hanna verdween de energie en motivatie. Door de vervelende situatie bij de zorgaanbieder en haar eigen karakter ging zij dusdanig twijfelen aan de zin van haar werk dat ze er mee wilde stoppen. Ze ervoer haar werk als zinloos omdat ze naar haar idee het verschil niet kon maken en vroeg zich of het nog wel de moeite waard was om te vechten voor de functie en voor het welbevinden, de keuzes en de vrijheid voor de cliënten.

“Toen moesten wij de 360-graden feedback uitzetten waar iedereen weerstand tegen had. En ik heb hem toen uitgezet bij een cliënt die ik ondersteund had. Een hele kwetsbare cliënt en een vertegenwoordiger en nog iemand. (...) Maar er kwam zo mooi het resultaat uit dat mensen zich zo verschrikkelijk gesteund hadden gevoeld door mijn betrokkenheid. En dat dat voor hun echt een verschil had gemaakt in hoe het met hun ging. Dat ik dacht; ja, maar dit is wel waar ik het voor doe!”

De feedback van een vertegenwoordiger en een cliënt zorgden voor een keerpunt. Hierdoor zag ze in dat ze wel degelijk het verschil kan maken.

Het ontvangen van waardering miste Esther soms in haar werk waardoor het lastiger werd om gemotiveerd te blijven.

“Nou, dat het dus niet die voldoening geeft. En je hebt natuurlijk altijd in je werk dingen die je niet leuk vindt. Maar om iemand enthousiast te laten maken of laten inzien waarom het belangrijk is dat je er bent. En je krijgt daar geen, nul, waardering voor. Nou, om dan gemotiveerd te blijven, dat vind ik wel een hele uitdaging”

Thema 2 Weerstand ervaren

2.1 Verwachtingen wat betreft weerstand

Alle respondenten ervaren weerstand vanuit de zorgaanbieder. Opvallend is dat bijna alle respondenten benoemen dat ze niet verwacht hadden dat ze ‘met open armen’ ontvangen zouden worden maar dat ze op zoveel weerstand zouden stuiten had niemand verwacht. Esther koos voor de functie omdat ze de verankering in de wet juist prettig vond. Ze had verwacht dat de zorgaanbieders vanwege het verplichtend karakter bereid zouden zijn om de samenwerking aan te gaan. Ze stelde zich daarom dienstbaar en gelijkwaardig op maar ervaart hierin soms geen wederkerigheid.

“En, ja, zeggen ze bijvoorbeeld ‘ja’ in je gezicht, maar dan doen ze iets anders dan dat we hebben afgesproken. En hoe daarmee om te gaan dat vond ik wel gewoon heel lastig. Want wat ik dan merkte is dat ze herhaalden of overnamen wat ik zei van, nou, ik kijk naar de samenwerking uit. Of, het lijkt me leuk dat...Ja, dat lijkt ons ook ontzettend leuk. En vervolgens komt er dan niks. Dat je echt een beetje denkt van, huh? We zijn toch volwassenen? Laten we dan kijken hoe we het wel kunnen doen. Nee, dat vond ik wel echt lastig. Ja, minder leuk.”

2.2 Weerstand; uitdaging of last?

De relatie en dus ook de mate van weerstand verschilt van zorgaanbieder tot zorgaanbieder. De respondenten hebben dus uiteenlopende ervaringen. Weerstand wordt door de helft van de respondenten als een voornamelijk (leuke) uitdaging ervaren mits het aantal zorgaanbieders dat weerstand biedt niet de overhand heeft. Het kunnen behalen van successen is óók belangrijk voor hen. Zij ervaren zichzelf als ‘de luis in de pels’ en voelen zich prettig in deze rol. Ze vinden het fijn om zorgmedewerkers te prikkelen, aan te zetten tot zelfreflectie, kritisch te zijn en ergens iets van te mogen vinden. Ook deze respondenten ervaren weerstand. Bestuurders van zorgorganisaties vonden hen ‘absoluut onwenselijk’, wilden dat ze verdwenen, wilden een hek om hen heen, tolereerden hen slechts of ervaren de cliëntvertrouwenspersoon als hun ‘ergste nachtmerrie’ zoals Roxan te horen kreeg.

“Maar ik heb ook een zorgaanbieder waarvan ik via via gehoord heb dat de hoofdmanagerzorg mij haar ergste nachtmerrie noemt. Ja, ik moet daar heel erg om lachen. Want dan denk ik: “Nou, ik hou jou scherp”. Maar ik kan me ook voorstellen dat je daar heel veel last van kan hebben want dat is ook voelbaar in de relatie die ik met haar heb”.

De respondenten die weerstand vooral als een uitdaging zien, lijken minder last te hebben van de ondervonden weerstand. De andere helft van de respondenten heeft wel manieren gevonden om met de weerstand om te gaan maar vindt weerstand een lastig en minder leuk element van het werk. Twee van de respondenten hebben ervaren dat de weerstand vanuit de zorgaanbieder heel persoonlijk werd. Dit is voor hen een hele nare ervaring geweest die ze niet makkelijk konden loslaten. Vanwege boosheid vanuit de bestuurder en de onveilige situatie die daaruit ontstond hebben zij zich terug moeten trekken als cliëntvertrouwenspersoon. Een ervaring die morele maar ook persoonlijke dilemma's met zich meebracht.

Hanna twijfelde aan de juistheid van de keuze om zich terug te trekken. Zij vindt dat het niet aan de zorgaanbieder is om te bepalen welke cliëntvertrouwenspersoon er binnen mag komen. Zowel Marleen als Hanna vroegen zich af of zij als persoon zoveel weerstand opriep of dat de weerstand tegen de functie gericht was. Marleen vertelt welke twijfel dit bij haar opriep:

“Nou, wat ik heel lastig vind, is dat ik dan, dat ik natuurlijk dan heel veel nadenk van, hé kan het nou dat ze zo'n weerstand tegen mij hebben? Is dat tegen mij, of is dat echt tegen de functie, of eh...?”

2.3 Omgaan met weerstand

De respondenten hebben allemaal hun eigen manieren gevonden om met de ervaren weerstand om te gaan. Bijna alle respondenten benoemen dat meebewegen en verbinding zoeken voor hen de beste manier is. Dit doen ze door zich gelijkwaardig op te stellen, erkenning te geven voor de weerstand die hun rol soms oproept en het benadrukken van een gezamenlijk doel; de beste zorg voor de cliënt. In het meebewegen ligt voor hen de uitdaging maar ook een groot dilemma. Het belangrijkste doel is het bereiken van de cliënt maar hiervoor zijn ze afhankelijk van de zorgaanbieder. Als deze *“de hakken in het zand zet”* komt dit de cliënt niet ten goede. Ze proberen manieren vinden om èn de relatie met de zorgaanbieder goed te houden èn toegang te krijgen tot de cliënt. Dit vraagt om een zorgvuldige balans tussen meebewegen en stellig mogen zijn die door sommige respondenten omschreven wordt als *“roedelopen”* of je *“op glad ijs begeven”*. Marja vertelt dat het voor

haar de kunst is om subtiel te wrijven en te schuren zodat het tot echte glans leidt en niet tot diepe krassen.

“Nou, wel aanvoelen van wanneer kan je zeggen, van...Maar weet je. Ik heb ook wel eens tegen een bestuurder gezegd, ik begrijp dat je het moeilijk vindt. En ik snap dat je niet op mij zit te wachten. Maar deze wet is er nu, dus ik kom wel op locatiebezoek. En het liefst wil ik dat in samenspraak met je doen en in overleg, want dat past heel goed bij mij en dat wil ik heel graag. Maar ik kom sowieso. Ook als je wilt dat ik niet kom. Ik kom toch. En dat is wel een spanning. Van, wanneer zeg je dat? Wanneer kan je het wel zeggen?”

2.4 Een ongelijke strijd

Het behalen van kleine en grote successen is voor de respondenten belangrijk om de moed erin te houden. Als deze successen uitblijven is het lastig om in contact te blijven met de zorgaanbieder. Hanna ervoer haar pogingen om verandering teweeg te brengen bij een zorgaanbieder als zinloos en een ongelijke strijd die zij per definitie verliest.

“Maar ja, je kan tegen zo'n grote partij niet opboksen, dat kan je echt niet. Dus ik zou eigenlijk zoiets hebben. Ik zou het liefst hebben [...] van dat dat wij niet die jaarreportages hoeven te maken. Niet die jaargesprekken hoeven te doen. Dat we echt op het niveau van de cliënt en vertegenwoordigers kunnen zitten en van daaruit dat kunnen doen.”

Het liefst zou zij niet meer in contact hoeven gaan met het management van de zorgaanbieder. Ze vindt dat de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd te veel afhankelijk is van de welwillendheid van de zorgaanbieder, iets dat ze graag zou willen veranderen.

Thema 3 Dilemma's ervaren rondom de eigen positie

Partijdigheid, onafhankelijkheid en vertrouwelijkheid zijn kwaliteitseisen die zijn vastgelegd in het kwaliteitskader voor de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en die door de respondenten vaak benoemd worden.

3.1 Worstelen met partijdigheid en onafhankelijkheid

Partijdigheid vraagt van de respondenten dat zij echte interesse hebben in de cliënt en onbevooroordeeld kunnen luisteren. Voor Marja is oprechte interesse in de ander essentieel:

“Want je kan niet een truckje, je kan niet nep doen. Ik kan niet bij die jongen met LVB net doen alsof ik hem snap. Ik moet hem echt snappen. Ik moet echt naar hem toekomen. Dat vind

ik ook leuk. Ik vind mensen interessant. Wat beweegt hem nou? Hoe zit 'ie in elkaar? Wat speelt er nou? En dan maakt het eigenlijk niet uit of iemand een LVB⁷ is met delictgedrag en in een gesloten setting zit of iemand gereformeerd is en psalmen zingt in hele noten.”

Om echt naast de cliënt te kunnen staan en alleen *diens* stem te versterken moeten zij soms hun best doen om hun eigen stem niet te laten doorklinken. Soms betekent dit dat een (voor)oordeel ingeslikt moet worden en irritaties onderdrukt moeten worden. De respondenten begrijpen en voelen soms de weerstand die een zorgmedewerker of een zorgaanbieder oproept maar kan deze gevoelens niet uiten omdat de cliënt hier niet mee geholpen is.

Soms draait het om onderbuikgevoelens of intuïtie. Deze gevoelens worden opgeroepen door, soms kleine, waarnemingen die zij doen. De sfeer, hoe iemand bejegend wordt, hoe erover een cliënt wordt gesproken et cetera. De gevoelens vertellen hen of er goede zorg verleend wordt en dragen in belangrijke mate bij aan hun beeldvorming van de organisatie maar kunnen niet gebruikt worden om een signaal over tekortkomingen in de zorg te beargumenteren. Voor Hanna betekent dit dat ze zich soms machteloos voelt.

“Ja, ik vind dat wel heel lastig. Want ik vind dat je niet kan bouwen op intuïtie en dat is misschien wel, heb ik in het begin ook gezegd, dat signaleren, dat kan je niet op intuïtie doen. Terwijl je intuïtie wel vaak aangeeft waar het niet klopt, maar daar kan je niks mee. Daar kan je niks mee. Want dat zijn geen feiten, je moet wel feiten hebben.”

Soms is de wens van de cliënt onverenigbaar met het eigen morele oordeel zoals in het geval van Roxan. Zij stond een zedendelinquent bij die meer vrijheid wilde, maar dacht daar zelf anders over. Ze ervaart dit als *“ingewikkeld opereren”*. Het helpt haar dan om tegenover anderen haar rol uit te leggen; dat ze namens de cliënt spreekt en niet namens haarzelf. Dat dit aspect van de rol niet altijd duidelijk is voor anderen en daardoor problemen oplevert benoemen ook andere respondenten. Hierdoor wordt gedacht dat de cliëntvertrouwenspersoon een inhoudelijk oordeel geeft over de zorg en dat hetgeen gezegd wordt de eigen professionele opvatting is. Roxan ervaart dat het haar soms moeite kost haar eigen opvattingen over wat het beste is achterwege te laten. Ze heeft daarbij de steun van collega's hard nodig.

“Ik zei toen ook tegen Fenna, want die heb ik toen gebeld op de terugweg, ik ben afgelopen anderhalf uur echt schizofreen geworden. Tussen wat ik namens de cliënt hier zeg en wat ik

⁷ Afkorting die staat voor een persoon met een licht verstandelijke beperking.

persoonlijk denk wat de beste oplossing zou zijn of mijn eigen morele dilemma. Maar die doet helemaal niet ter zake. En soms is dat best moeilijk. Dat is hard werken. “

Een ander aspect van partijdigheid en onafhankelijkheid is dat de cliënt de primaire gesprekspartner is. Andere partijen worden alleen betrokken met instemming van de cliënt. Marleen, maar ook de andere respondenten worden desondanks toch benaderd door de zorgaanbieder om een kwestie vooraf te bespreken zonder de cliënt. Zorgaanbieders doen dit omdat ze vinden dat de komst van de cliëntvertrouwenspersoon onrust geeft bij cliënten of, in het geval van Hanna, de cliënt te mondig en zelfverzekerd maakt. Marleen kiest ervoor om open te zijn over het dilemma dat dit voor haar oplevert.

“Mogen we jou dan bellen voor een gesprek, zodat wij kunnen vertellen van, hoe zit de cliënt nou in elkaar en waar kan jij nou rekening mee houden? Toen hebben we natuurlijk met elkaar gesproken over dat dat bij mij een dilemma geeft omdat ik niet wil oordelen. Dus ik heb nogmaals uitgelegd; maar ik wil niet oordelen. Ik oordeel niet over de cliënt. Ik oordeel ook niet over de zorgmedewerker. Dus ik wil ook geen voorkennis. Dat is mijn dilemma. Ik snap jullie dat denken van, dan komt hij misschien in de onrust. Maar vanuit mijn functie...”

Het bespreken van het dilemma en begrip tonen voor de zienswijze van de zorgbieder helpen haar om zich toch partijdig en onafhankelijk op te kunnen stellen al is dat soms best lastig, ervaart zij.

De ervaringen van Esther laten een ander dilemma zien. Zij vertelt dat zij vanwege het solistisch werken de medewerkers van de zorgaanbieders vaker ziet dan haar eigen collega's. Persoonlijk hecht zij veel waarde aan laagdrempelige contact, dit is belangrijk voor haar. Om dan toch voldoende afstand te houden tot de zorgmedewerkers die zij dagelijks ziet ervaart zij als bijna onmogelijk.

“En als je zo intens op een afdeling komt, of bij een zorgaanbieder. Ja, je ziet die, en je spreekt met diegene. Dus dan is het al heel snel amicaal en dan, hé hoi!”. Weet je wel? Zo. En de cliënt kan dan eigenlijk van alles gaan denken wat je niet wil. En wat niet mag dus. Daarin moet je echt partijdig blijven en dichtbij jezelf terwijl je de zorgbieder vaker ziet dan je eigen collega's.(...) Ik vind dat zelf heel belangrijk. Ik vind dat fijn om eventjes, hé hoi! En dan denk ik, hé o, dat mag niet. En ik denk dat dat ook niet duidelijk is. Dat dat niet door iedereen gezien wordt denk ik.(...) Nou, dat je je heel erg bewust bent dat je er echt voor de cliënt bent”.

Voor Marja is dit aspect juist tegenovergesteld. Zij werd cliëntvertrouwenspersoon omdat ze het leuk vindt om ‘*je ergens naar binnen te wurmen*’ in plaats van dat de zorgaanbieder haar draagt en iedereen haar groet.

Thema 4. Kwetsbaarheid

4.1 Kwetsbaarheid die ontstaat in relatie tot de zorgaanbieder

Het woord kwetsbaarheid wordt door twee respondenten gebruikt om hun positie te omschrijven. Zij zien zichzelf als ‘*heel kwetsbaar*’, ‘*zeer kwetsbaar*’ en ‘*super kwetsbaar*’. Dit is voor hen deels gerelateerd aan het solistisch werken en het als vreemde naar een locatie gaan waar je niemand kent. Ook de angst voor klachten vanuit de zorgaanbieder of weerstand die persoonlijk geuit wordt in de vorm van een aanval, fysiek of mentaal draagt bij aan het gevoel van kwetsbaarheid zoals Marleen laat zien.

“Ja, of word ik gebruikt om weerstand te uiten? Dat kan ook (...) Ik ben heel kwetsbaar. Daar heb ik het natuurlijk ook met mijn collega’s wel eens over. We zijn heel kwetsbaar en we hebben echt een solofunctie. (...) Als, ik noem maar wat, als bij zorgmedewerkers of bij een zorgaanbieder iets niet bevalt hè? En er ontstaan klachten? Ja, je bent ook heel kwetsbaar.”

4.2 Zichzelf kwetsbaar opstellen in de samenwerking

Marleen omschrijft het als werk als ‘*roedelopen*’ en ‘*evenwicht zoeken bij elkaar*’. Zij spreekt de kwetsbaarheid die zij ervaart uit naar de zorgaanbieder en benoemt het durven vragen om feedback op hoe zij de functie heeft vormgegeven als essentieel. Zij vraagt naar feedback op haar functioneren zodat zij beter op de zorgaanbieder kan afstemmen. Bij dit gesprek vroeg ze haar leidinggevende mee zodat ze niet alleen tegenover een grote delegatie (hooggeplaatste) functionarissen hoefde te zitten.

4.3 Zich op glas ijs begeven

Met “*glad ijs*” bedoelt Roxan een situatie waarin zij tegenover de zorgaanbieder stellig was dat er sprake was van een vrijheidsbeperking en dat het stappenplan⁸ gevolgd moest worden. Later bleek dat dit niet klopte en moest zij haar uitspraken herzien omdat er sprake was van een uitzondering. “*Glad ijs*” is voor haar ook een situatie waarin het gevaar groot is dat ze óver de cliënt praat in plaats van met de cliënt. Ook een situatie waarin ze gevraagd werd naar

⁸ Het stappenplan is een plan waarin alle stappen zijn vastgelegd die nodig zijn bij het verlenen van onvrijwillige zorg en vereist betrokkenheid van bepaalde personen/functionarissen en de frequentie van evaluatiemomenten

een moreel oordeel over een besluit rondom de cliënt die zij ondersteunde ziet zij als een situatie waarin ze makkelijk de fout in kan gaan.

“Dus dat je soms toch best wel ferme uitspraken doet en dan denkt; ja, daar moet je op terugkomen. Of dat je zegt; ja, dit weet ik gewoon niet dus dit ga ik uitzoeken, dat kan natuurlijk ook. En het glad ijs is soms ook wel... van je hebt een vertrouwensrelatie met de cliënt . In de basis praten we niet met anderen zonder toestemming van de cliënt of zonder bijzijn van de cliënt over de cliënt, maar soms ontstaat dat wel. En dan is het een soort van oppassen van, ja, wat zeg je, wat zeg je niet? Een tijdje geleden zat ik namens een cliënt bij een moreel beraad en de centrale vraag was of hij op die locatie kan blijven wonen. En het was echt een ontzettend moreel ethisch dilemma. Maar aan het einde van de bijeenkomst werd een rondje gemaakt van nou, nu na dit overleg, alles wat je gehoord hebt. Wat is je oordeel? En toen kwamen ze ook bij mij. En toen dacht ik; nou moet ik opletten want als mens heb ik hier een oordeel over maar daar zit ik hier niet voor. Maar voor dat je het weet heb je er een uitspraak over gedaan. Nou, in dit geval had ik hem heel helder en dus dat ik ook zei; ja weetje, ik kan me hier niet over uitspreken. Het enige wat ik hier kan zeggen is dat ik weet dat de desbetreffende cliënt hier het liefste wil blijven wonen”

4.4 Onveilige situaties

Respondenten komen ook door het vertrouwelijke aspect van de functie dilemma's tegen. Deze ontstaan bijvoorbeeld wanneer de respondent een cliënt bezoekt die ambulante woont. Omdat de cliënt het recht heeft om het gesprek met de cliëntvertrouwenspersoon geheim te houden is de begeleiding niet altijd op de hoogte van het bezoek en kan dus ook niet waarschuwen voor eventuele onveilige situaties. Dit vraagt volgens Roxan om constante alertheid en een afweging van de risico's.

“Maar hij is soms wel een beetje spannend want soms weet je het gewoon echt niet, waar je naar binnen gaat. Dus ja, het vraagt wel altijd alertheid vind ik. Je kan niet zomaar onbezonnen ergens naar binnen gaan en denken, ik zie wel wat er komt. Het is toch wel even ook de omgeving scannen. Waar stap ik naar binnen? Hoe verhoud ik mij tot de deur? Hoe zit de cliënt erbij?”

4.5 Een drempel ervaren om hulp te vragen

Voor Marja betekent het solistische aspect van de functie dat ze zelf actief om hulp moet vragen, moet weten waar je welke hulp kan halen en het zelf moet doen. *“Als je niet belt dan gebeurt er natuurlijk niks. En dan is het heel simpel dan zak ik hier zo langzaam weg in het moeras”*. Ook al wordt er intervisie georganiseerd vanuit de organisatie, dat wil niet zegen dat iedereen daar gebruik van maakt. Het vraagt volgens Marja ontzettend veel van mensen om niet te ‘duiken’ als andere collega’s een groot probleem willen bespreken en je eigen probleem weer mee naar huis te nemen. Ze ervaart dat er best wel lef nodig is om hulp te vragen, met name als er fouten gemaakt zijn en er bijvoorbeeld sprake is van een jaarcontract.

4.6 Leeglopen

Het omgaan met weerstand en steeds weer de verbinding proberen te zoeken wordt door sommige respondenten ervaren als ‘leuren’ of ‘lopen trekken’. Esther vertelt dat ze soms de aandacht op een andere zorgaanbieder richt om te voorkomen dat ze ‘leegloopt’.

“Dus op een gegeven moment houdt het bij mij dan wel op. Dan ga ik wel kijken naar een organisatie die wel lekker loopt om dan daar verder te gaan. Want je kan er echt flink wel op leeglopen hoor, is mijn ervaring. “

Ze bedoelt hiermee dat ze moet zorgen dat ze het niet persoonlijk aantrekt. Ze vraagt zich dan af wat de reden is dat zorgaanbieders geen contact willen omdat ze dit graag wil kunnen begrijpen. Het niet nakomen van afspraken of dat er dingen achter haar rug om worden gedaan vindt ze echt heel erg vervelend. Het ontvangen van waardering en hierdoor voldoening ervaren is voor haar wel belangrijk om het werk vol te kunnen houden. Ze vraagt zich af hoelang ze het volhoudt om op deze manier contact te blijven zoeken. *“En wanneer zet je de stap van; nou ja, hier houdt het voor mij op? Dus dan kom je wel op dat morele stuk van, ja, hoe eh, hoe ver ga je daarin door?”* Ook Marja ervaart dat ze enerzijds energie krijgt van het werk maar tegelijkertijd ook ‘leegloopt’ door het voortdurend aansluiten bij de ander. Het woord ‘leeglopen’ illustreert dat het werk veel van de respondenten eist. Het aangeven van grenzen en het overdragen van taken naar collega’s is van groot belang. Soms levert dit een conflict op met de eigen verwachtingen en overtuigingen zoals Gea dit ervaren heeft.

“...op een gegeven moment wist ik ook van voren niet meer of ik er vanachteren nog was. Maar toen heb ik ook met collega’s wel aangegeven van, goh, als er nu nog iets nieuws komt dan pak jij hem. Maar tegelijkertijd vond ik dat zelf ook wel heel moeilijk. Want dan was er

net een kwestie waarvan de zorgaanbieder heel blij is, Gea, jij bent er voor ons! En dan zal ik hem aan een collega geven. Maar dat zat meer bij mij.”

Thema 5 Compassie met de cliënt

5.1 Geraakt zijn

De respondenten komen altijd in contact met de cliënt op het moment dat er wat aan de hand is. Meestal gaat het om situaties waarin er onvrede is over de zorg en de rechten van de cliënt in het geding zijn. Het leed van de cliënten raakt de respondenten zoals ook het verhaal van Roxan laat zien.

“En ik slaap daar prima om dus zo zit hij niet onder mijn huid. Maar je voelt heel erg haar pijn. En gisteren had ik haar aan de telefoon en kan ze alleen maar huilen. En dan denk ik echt, oh, ik heb echt wel met je te doen”

Het grote of kleine leed van de ander lijkt het startpunt van waaruit er beweging op gang wordt gebracht bij de respondenten. Geraakt worden door de ander is voor Hanna een voorwaarde om dit werk te kunnen doen en mogelijk geldt dit ook voor de andere respondenten. In de voorbeelden die ze noemen van kwesties die hen bij zijn gebleven noemen ze zonder uitzondering kwesties die hen, naar eigen zeggen, “geraakt” hebben.

Het geraakt zijn door het leed van de cliënt is iets waar de respondenten over praten met collega's. Marleen benoemt haar gevoelens van geraaktheid ook richting de cliënt. Opvallend is dat ze de ervaring van het geraakt zijn door het verhaal van de cliënt relateert aan de lichamelijke gewaarwording van iets dat ‘op de maag ligt’. Het lijkt ook alsof ze voor zichzelf ruimte creëert om betekenis te geven aan dit gevoel om er later nog weer op terug te kunnen komen.

“Kijk, ik denk, wanneer ik bij iemand zou zitten, waarbij het meteen op mijn maag ligt. Waarbij ik meteen voel van oh, dit is helemaal niet goed. Dan, als ik kijk hoe ik daar altijd mee omging in het verleden, dan denk ik dat ik nu ook zou zeggen van, ik vind dit heel heftig. Jij wilt er verder niets mee doen, maar ik moet het toch nog even bij mij laten bezinken. En misschien kom ik er wel bij jou...bel ik jou nog even of zo. Want ik vind dit wel heel erg heftig. Ja.”

Ook Marja benoemt het gevoel dat een situatie bij haarzelf oproept. Ze neemt deze gevoelens bij zichzelf waar en benoemt deze naar de zorgmedewerkers in de hoop dat dit een beweging op gang brengt.

5.2 Buiten de lijntjes kleuren

Het geraakt worden door de cliënt leidt tot betrokkenheid die soms verder gaat dan strikt noodzakelijk is voor de functie. Het ‘*buiten de lijntjes kleuren*’ wordt een aantal keren genoemd door de respondenten. Daarmee bedoelen zij dat ze net even een stapje verder gaan omdat dit beter aansluit bij de behoefte van de cliënt door bijvoorbeeld te helpen met een bezwaarschrift of een gang naar de geschillencommissie. Ook medemenselijkheid lijkt hierin een rol te spelen. Voor Gea betekent dit dat ze op een creatieve manier zoekt naar wegen om de situatie toch nog te verbeteren voor de cliënt door aanbevelingen te doen in het jaarverslag of door een extra locatiebezoek te brengen.

5.3 Betrokkenheid bij het leven van de cliënt

Gea ging naar de uitvaart van een cliënt die niemand anders had. Zij deed dit omdat ze het zo’n schrijnende situatie vond. Ze vroeg zich hierbij af waar de grens ligt. Ze ging naar de begrafenis omdat ze zelf vond dat dit goed was. Het werk draait voor haar om betrokkenheid en deze keuze paste daar bij. Ook voor Marja betekent dit dat ze tóch reageert op een uitgestoken hand van iemand die niemand meer heeft.

“Weet je dat, dat doe ik, eigenlijk, alleen bij die mensen die dan echt niemand hebben. Als zij dan zo hun hand uitreiken. Ja, dan denk ik, nou goh, heeft hij toch geappt! Ik wist niet dat hij dat kon. Maar goed, ja, weet je, dus dat maakt wel dat je dan net wat...Dat zijn de dingen, dan denk ik; ja, weet je, ik ben vrij, maar ik stuur toch even appje terug (...) Dat hoort helemaal niet bij mijn functie en ik weet dat hij het bij iedereen verkloot heeft, en ik denk ook, en stevig. En ik snap ook dat niemand hem meer moet. Maar weet je ja, denk ik; ja gossie. Ja.”

5.4 Tijdelijke voorbijganger

Hoewel uit de verhalen van de respondenten een grote betrokkenheid bij de cliënt blijkt ervaren zij zichzelf als ‘*een tijdelijke voorbijganger*’ zoals Roxan het omschrijft. Soms staat ze tijdelijk heel dicht naast de cliënt maar er komt altijd weer een moment van afscheid.

Ik vind dat wij als vertrouwenspersoon zijn wij een soort tijdelijke voorbijganger in het leven van de cliënt. En soms is dat een paar dagen en soms... Ik heb ook een kwestie die loopt nu

dus al bijna anderhalf jaar. Dus ik denk dat ook de afstand, die blijft als het gaat om een stukje afstand – nabijheid, blijft die wel gelijk. Want we hebben een professionele afstand tot die cliënt en die begeleider staat dichterbij. Maar ik denk als je het aan de cliënt vraagt dat het soms anders is. Want als er gedoe is met de begeleider, ja, dan zullen ze ons dichterbij hebben.

Een respondent gebruikte de afbeelding met de camperbus⁹ om aan te geven dat ze elke nieuwe kwestie weer ziet als een nieuw avontuur. Ze stap in de bus bij de cliënt maar na een korte of lange rit stap ze ook weer uit. De respondenten hebben hier meestal geen moeite mee; ze vertrouwen erop dat de cliënt weer contact met hen opneemt als er opnieuw ondersteuning nodig is.

Thema 6 Worstelen met verantwoordelijkheid

6.1 Worstelen met de verantwoordelijkheid om te signaleren

Het waarnemen van onrecht leidt voor sommige respondenten tot de verplichting tot het ondernemen van actie om het onrecht te stoppen. Dat cliëntvertrouwenspersonen niet aan waarheidsvinding doen levert voor Hanna een dilemma op. Ze weet niet wanneer ze haar verantwoordelijkheid moet nemen omdat ze niet weet of de situatie die de cliënt schetst echt zo ernstig is en vraagt om haar ingrijpen.

“Toen wij begonnen zijn werd er heel erg nadruk gelegd op signalering. Maar daarna nog. Ik denk als ik zie dat daar zo met deze cliënten omgegaan wordt, vind ik dat ik daar wat mee moet. Maar ik weet natuurlijk nooit, ik ben, ik doe niet aan waarheidsvinding. Dus ik weet nooit of het waar is en dat vind ik zo verschrikkelijk moeilijk.”

6.2 Verantwoordelijkheid loslaten

Ook voor Gea levert dit soms een dilemma op. Ze vindt het soms moeilijk om de verantwoordelijkheid voor de situatie van de cliënt los te laten, met name als de kwestie niet naar tevredenheid is opgelost.

“En je moet er wel van afblijven. Ik kan niet zorgen dat het geregeld wordt. Mijn handen jeuken soms bij het team. Dat ik denk van, hé, ik, ik wil hier wel wat betekenen. Ik wil hier wel wat meer doen. Dan jeuken mijn handen. Maar dan weet ik van, nee Gea, dat is niet aan jou. En het is... (zucht.) Zie ik het niet? Ik zie het wel maar ik moet het dan loslaten. Ik heb

⁹ Een afbeelding op een van de associatiekaart die gebruikt zijn tijdens de interviews

onlangs wel een kwestie gehad waar, waarbij ik het nu écht los moet laten. Ik heb gedaan wat ik kon. Maar ik wéét dat meneer niet gelukkig is.”

Voor Marja betekent het nemen van verantwoordelijkheid dat ze hard haar best doet om samen met de cliënt te kijken wat mogelijk is maar ook eerlijk is over wat ze wel en niet kan bieden. Ze geeft aan dat er zaken zijn die niet binnen haar verantwoordelijkheid vallen en die zij los moet laten. Gea probeert toch op andere manieren invloed uit te oefenen op de situatie door in het jaarverslag een aantal aanbevelingen te benoemen. Opmerkelijk is dat ze zelf benoemt dat ze het eigenlijk niet moet doen maar dat ze niet anders kan. Tegelijkertijd is ze ook blij dat ze het los mag laten.

“Maar voor de rest ben ik ook soms blij dat ik het niet hoef. Ik ben jarenlang manager geweest en leidinggevende en dan denk ik van, oké, ik heb het gezien, ik heb jullie gesproken en hier gaan jullie verder mee en dan laat ik het ook los. En dan denk ik ook wel eens van; nou, heerlijk! Dan hoef ik hier niets mee. Ik ben er niet verantwoordelijk voor. Jullie zijn verantwoordelijk.”

6.4 Grenzen aan verantwoordelijkheid

Soms levert de ondersteuning van de cliënt dilemma's rondom verantwoordelijkheid op. Roxan kwam in een situatie dat zij ondersteuning bood aan een cliënt die weggelopen was. Zij was de enige die nog contact had met de cliënt. Zij heeft toen zorgvuldig afgewogen tot waar haar verantwoordelijkheid reikte. Ze vroeg zich hierbij af of ze dat voor zichzelf deed of voor haar dossier en trok de conclusie dat ze het echt voor zichzelf deed. Ze wilde voor zichzelf afwegen of ze de juiste stappen had gezet en deed dit door te overleggen met collega's, adviseur en leidinggevende.

“Nou ja, en ook het reflecteren van klopt het wat ik doe en voelt dat nog steeds goed? Want dat is het natuurlijk ook. Want soms, soms klopt het wel wat je doet maar voelt het niet goed. Ja, hoe belangrijk is het dan om met mensen om je heen daarover te praten? (...) Ja, wat mij helpt is dat dan te bespreken en vervolgens ook te bekijken, wat kan ik dan met dat gevoel? Want juridisch klopt 'ie helemaal maar het blijft schuren. Ik heb er nog nooit dusdanig last van gehad dat het echt in de weg zat.”

De zorgaanbieder wilde dat zij vertelde waar de cliënt was en de cliënt terug zou sturen naar de zorginstelling. Roxan bleef achter de wens van de cliënt staan maar benadrukte wel steeds dat deze contact op moest nemen met de begeleiding. Dit werd door haar ervaren als een

spannende positie die ze alleen kon innemen door hierop te reflecteren en voor zichzelf vast te stellen dat ze het juiste deed.

6.5 Verantwoordelijkheid ervaren voor het bereiken van de cliënt

Alle respondenten zien het bereiken en daadwerkelijk kunnen ondersteunen van de cliënt als hun primaire verantwoordelijkheid. Ze stemmen hun handelen daar op af door steeds te overwegen wat dit voor consequenties heeft voor de cliënt en zetten daarvoor soms hun eigen gevoelens opzij. De casus van Hanna illustreert dit. Zij had een hele vervelende situatie bij een zorgaanbieder waarbij zelfs haar persoonlijke veiligheid in het geding was en de boosheid van de bestuurder persoonlijk werd. Toch benoemt zij dat ze dat niet het ergste vindt. Dat de cliënt verboden werd om contact met haar op te nemen vond ze veel urgenter en was voor haar de voornaamste reden om verandering te willen in de situatie.

“Dan vind ik het echt wel heel vervelend. Anders vind ik het niet zo erg. Maar ik zou wel. Ik vind wel belangrijk omdat als zij mij niet willen, of niet willen zien dan gaat de cliënt mij ook heel veel vaker niet zien. En daarom vind ik dat dat anders moet (...) Dan betekent dat, dat veel cliënten òf niet weten dat ik er ben òf niet weten dat er ondersteuning mogelijk is. En ja, daardoor voor hun soms de situatie niet verandert. Vaak verandert er wel iets als ik betrokken raak (...) Ik wil zo graag, wat ik zeg, dat cliënten wel zelf mogen bepalen wat ze willen en eigen keuzes mogen maken in hun leven. Waardoor hun welzijn, want dat is wel, ik ben al jaren echt gewoon welzijnswerker. Welzijn voor mensen vind ik ook heel belangrijk. En, ik denk dat dat ook mijn grote trigger is, Het gaat om welzijn, het gaat om welbevinden, het gaat om kwaliteit van leven”

6.6 Te weinig ‘tools’ hebben om invloed uit te oefenen op de zorgaanbieder

Het niet uitvoeren van verantwoordelijkheden door de zorgaanbieder is ook iets dat Esther bezighoudt en een rode draad vormt in haar verhaal. Ze probeert te begrijpen waarom de samenwerking zoveel problemen oplevert maar krijgt hier niet goed vat op. Zij ervaart de zorgaanbieders als onecht in de samenwerking. Het ergert haar dat een zorgaanbieder, die goede zorg wil bieden aan de cliënt, niet de juiste stappen neemt in de rechtsbescherming van de cliënt. Dit niet nakomen van verantwoordelijkheden door de zorgaanbieder lijkt ook iets te doen met haar eigen mogelijkheden om haar verantwoordelijkheden na te komen en ze heeft het gevoel dat ze daar te weinig invloed op heeft.

“Ik dacht, het is een wet en elke zorgaanbieder die is verplicht om daaraan mee te doen he? Tenzij dat je niet geregistreerd bent. Dus ik had echt zoiets van nou dan; ‘ja, hier ben ik en nou, wat kan ik doen?’ Maar heel veel waren nog niet zover of zaten niet op je te wachten waardoor contacten heel lastig te leggen zijn. En dat je echt op verschillende manieren... Plus daarbij dat op een gegeven moment je trukendoos een beetje leeg begint te raken met hoe je het nog op een andere manier zou kunnen doen. En je hebt daar niet altijd evenveel tools voor om iets in te zetten. Dat je denkt, nou, het is nu gewoon zo. En je hebt het maar met mij te doen. Dus, en dat vind ik mooi hoor, want [werkgever] is echt van de verbinding en dat vind ik ook heel belangrijk, want ik denk dat je uiteindelijk daar meer mee bereikt dan met een gestrekt been. Maar soms denk ik ook wel...Bij sommige organisaties was het wel heel pittig om daar, nou ja, in ieder geval een keertje op gesprek te komen. En dat vond ik wel dat ik denk, ah ja, dat is de andere kant van de medaille.”

Esther stelt zich dienstbaar op in de samenwerking maar stuit hierbij op weerstand. Ze mist de tools om zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid te laten nemen ten opzichte van de samenwerking met haar. Als Gea gevraagd wordt hoe zij verantwoordelijkheid ervaart ten aanzien van haar eigen positie in haar netwerktekening legt zij eerst de link naar de verantwoordelijkheid die zij voelt voor haar caseload. Meteen daarna vertelt dat ze in de beginperiode veel meer los van de organisatie opereerde maar dat de organisatie haar nu dichterbij haalt en meer kaders biedt. Mogelijk geeft haar dit meer duidelijkheid over waar de grenzen van haar eigen verantwoordelijkheid liggen of voelt ze het nu meer als een gezamenlijke verantwoordelijkheid? Dit werd niet helemaal duidelijk. Later vertelt ze dat ze graag meer verantwoordelijkheid zou willen hebben als het gaat om het afleggen van locatiebezoeken. Ze wil graag zelf de frequentie hiervan kunnen bepalen, afgestemd op de behoeften van de cliënt.

Thema 7 Geen voldoening ervaren

7.1 Tekortschieten

Een thema dat bij vier van de zes respondenten naar boven kwam is de gedachte niet te voldoen. Twee respondenten van deze vier respondenten ervaren dat ze tekortschieten in hun werk door de manier waarop de functie vormgegeven wordt. Gea zou bijvoorbeeld veel dichterbij de zorgmedewerkers willen staan. Ze ervaart het als een gemis dat ze altijd weer door moet

naar een volgende locatie en daardoor geen tijd heeft om echt een band op te bouwen terwijl ze dit wel zou willen. Een echte vertrouwenspersoon is voor haar iemand die echt bekend is en waar je vertrouwen in hebt. Daarvoor moeten ze haar veel meer zien en horen dan nu het geval is. Ook Marja ervaart dat ze gewoonweg niet kán voldoen. Ze houdt zichzelf voor dat je perfect moet zijn aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen en dat kan niemand, ook zichzelf niet. Ze ervaart het werk en de bijbehorende administratie als ingewikkeld en veel.

“Ja, want je kan niet alles goed doen. Het cvp¹⁰-werk is zo ingewikkeld. Met de administratie waarvan je echt, nou ja, weet je, pff, hogere wiskunde voor moet gestudeerd hebben zowat. Weet jij, ja, het is (...) echt allemaal veel. Het is veel. Als je al naar het kwaliteitskader kijkt, kan je niet aan voldoen. Kan gewoon niet. Nee, dat gaat niet dus. Maar het wordt wel van je gevraagd. Dus je kan niet. Niemand kan. Er bestaan geen perfecte cvp'ers.”

7.2 Twijfelen

Voor Hanna was de lastige situatie bij de zorgaanbieder de oorzaak van hevige twijfel aan zichzelf.

“Want op een gegeven moment dacht ik, ben ik nou zo gek, zie ik nou dingen die er niet zijn? Kan dit nou echt? Is dat nou echt zo? Een beetje dat. Ik ging zo aan mezelf twijfelen van, doe ik nou, doe ik het nou fout? Ben ik nou de enige? Ik heb zelf best wel heel veel zware kwesties gehad. Ben ik dan de enige die dat dan oproept of zo? Een beetje dat. Dat had ik heel erg.”

Daarnaast twijfelde ze over haar gehele functioneren als cliëntvertrouwenspersoon. Ze vertelt dat ze angst had om op een gegeven moment door de mand te vallen. Het leidde er zelfs toe dat ze overwoog te stoppen met de functie. Ook twijfelde ze over de zin van haar werk. Ze vroeg zich af of ze wel het verschil kon maken. De feedback van een vertegenwoordiger en een cliënt lieten haar inzien dat deze twijfel en onzekerheid onterecht waren. Nu vertrouwt ze meer op haar eigen kennis en kunde en laat ze het oordeel van anderen over haar functioneren los.

Ook Esther twijfelt soms over haar eigen functioneren. De twijfel ontstond bij haar voornamelijk doordat ze zich afvroeg of de manier waarop zij haar werk deed wel voldeed aan de verwachtingen. Ze wijt dit zelf aan het zelfstandig werken en de slechte meetbaarheid van het werk dat ze doet.

¹⁰ Afkorting voor cliëntvertrouwenspersoon

“En ook wel van, voldoe ik aan het plaatje van een cvp’er hè, of van cvp-en? En ben ik wel, nou ja, doe ik mijn werk wel zo zoals ze graag zouden willen dat ik mijn werk zou doen? Juist omdat je zo zelfstandig werkt, is dat best wel, ja, moeilijk meetbaar of wat dan ook.”

Zij vraagt zich vooral af of ze genoeg gedaan heeft. Deze twijfel leidt ertoe dat ze ‘een extra tandje harder’ gaat werken zodat ze in elke geval voor zichzelf kan verantwoorden dat ze genoeg gedaan heeft. Terugkijkend naar de afgelopen drie jaar concludeert ze dat ze wel degelijk genoeg gedaan heeft.

Thema 8 Behoeften

8. 1 Ruimte voor reflectie

Het contact met de collega’s wordt door alle respondenten beschouwd als een belangrijke ondersteunende factor. Collega’s hebben ze “keihard” nodig. Lastige kwesties worden ingebracht tijdens intervisie of scholingsmomenten en samen met de collega’s besproken. Zelfreflectie met behulp van collega’s helpt om tot inzichten te komen die in de praktijk kunnen worden toegepast. Voor Hanna is de feedback van collega’s essentieel om zichzelf aan te kunnen spiegelen in situaties waarin zij aan zichzelf en haar eigen kunnen twijfelt. Echt begrip, een luisterend oor en praktisch advies zijn helpend voor haar. Roxan ziet de collega’s als een voorwaarde om het werk te kunnen doen.

“En wie ik natuurlijk ook nog heel dichtbij heb dat zijn mijn collega’s. We werken zelfstandig maar zonder mijn collega’s zou ik dit werk niet kunnen doen. Omdat dat wel de mensen zijn die je belt als je iets gekst hebt meegemaakt. Of als iets heel ingewikkeld is of als je denkt, nou, wat ik nu toch aan de stok heb?! Die zijn voor mij wel voorwaarde om dit werk te kunnen doen”.

Marja denkt dat ze zonder collega’s geen goede cliëntvertrouwenspersoon zou kunnen zijn. Zij heeft de collega’s vooral nodig om stoom af te blazen zodat ze dit niet thuis hoeft te doen. Voor Marleen is het advies van collega’s en de adviseur, onderdeel van een proces van denken en laten bezinken, dat ze meeneemt alvorens ze tot actie overgaat. Respondenten maken graag gebruik van de specifieke kwaliteiten van hun collega’s en kiezen bewust wie ze om hulp vragen.

Het contact met collega’s mag wat Roxan betreft méér diepgang krijgen. Uit wat zij vertelt klinkt een behoefte om gekend te worden door de collega’s en kwetsbaar te kunnen zijn. Ze

zou willen dat de collega's elkaar meer uitdagen en ziet dat ook als een verantwoordelijkheid die ze verschuldigd zijn naar elkaar.

“En ik denk, die verantwoordelijkheid hebben we wel naar elkaar om elkaar ook te spiegelen en soms ook elkaars vervelende luis in de pels te zijn. Van joh, wat gebeurt er nou met je? Of wat maakt nou dat je dit zo lastig vindt? En dat mogen we nog meer gaan doen. Ook in de intervisie en ik denk dat we soms nog wel wat lievig voor elkaar zijn. Nou, dat vraagt ook iets. Hoe vertrouwd voel je je bij elkaar om daadwerkelijk ook even door te prikken bij iemand? Ik denk dat het een voorwaarde is in ons werk”.

8.2 Behoefte aan inhoudelijk en praktisch advies

Ook de adviseur wordt door alle respondenten gezien als een ondersteunende factor. Opvallend is dat voor de adviseur vaak de term ‘back-up’ of ruggensteun wordt gebruikt. De adviseur wordt door alle respondenten ook als zodanig ervaren. De adviseur voorziet niet alleen in inhoudelijk en praktisch advies maar is ook een spiegel en laagdrempelige sparringpartner. Marleen geeft antwoord op de vraag wat de adviseurs voor haar betekenen:

“Is datgene wat ik doe, is dat het meest geschikt? Is dat het beste? Ook ik heb kwaliteit te leveren hè? (...) Gaandeweg kom je situaties tegen die je echt moet onderzoeken, analyseren van; en wat is nou mijn rol daarin? En op wat voor manier ondersteun ik nou en...”

Voor Gea is het belangrijk dat de adviseur haar kent, zodat ze weet wanneer ze er voor haar moet zijn, ook als het contact wat minder frequent is of de fysieke afstand wat groter. Ook de leidinggevende wordt gezien als een ondersteunde factor hetzij wat meer in praktische zin en iets meer op afstand vergeleken met de adviseur.

8.3 Behoefte aan steun van de leidinggevende bij lastige gesprekken

Marleen vraagt de leidinggevende om haar te ondersteunen bij gesprekken met zorgaanbieders en verwacht dat dit een positieve invloed zal hebben op het oplossen van knelpunten die zij ervaart.

“Nou, en daar heb ik nu ook de leidinggevende voor ingeschakeld. En niet omdat de relatie slecht is. (...) Maar heel duidelijk waren ze: geen vrije toegang. Ze vonden niet dat ik, zo werd dat ook gezegd, ziertjes moest komen winnen, klachten moest komen opzoeken. Al dat soort zaken. Nou, om toch steeds weer zeg maar, omdat, ik had zoiets, ik ga niet voor de derde keer dat gesprek weer voeren zelf.”

8.4 Behoefte aan persoonlijk contact

Voor Esther zou het contact met de leidinggevende een wat meer persoonlijk en ondersteunend karakter mogen hebben. Zij heeft behoefte aan oprechte interesse in hoe zij haar werk ervaart, op een amicale laagdrempelige manier.

Marja maakt als enige respondent een onderscheid tussen de beschikbaarheid van ondersteuning (van collega's, leidinggevende en adviseur) en deze ondersteuning ook daadwerkelijk ontvangen. Zij ervaart dat het noodzakelijk is om zelf actief om hulp te vragen aan de juiste persoon en hierbij concreet aan te geven wat je nodig hebt. Deze drempel om hulp te vragen kan de cliëntvertrouwenspersoon ook kwetsbaar maken. Ze benoemt overigens dat zij hier zelf geen moeite mee heeft maar dit wel ziet bij collega's.

8.5 Behoefte aan vertrouwen en vrijheid

Bijna alle respondenten benoemen de organisatie als ondersteunende factor. Opvallend is dat iedereen weer andere facetten van de organisatie benoemt. Gea gebruikt de metafoor van de paraplu om uitdrukking te geven aan de bescherming maar ook het kader dat de organisatie biedt. Marleen ervaart dat de visie op samenwerking met de zorgaanbieders overeenkomt. Zoeken naar verbinding en niet *'met een gestrekt been erin gaan'* past bij haar en dat vindt ze fijn.

Het geven van vertrouwen wordt door het merendeel van de respondenten benoemd als een gewaardeerd kenmerk van de organisatie. Dit wordt door Esther en Roxan ervaren als een erkenning en waardering van hun professionaliteit.

“Maar ik ben wel blij dat er een vraag over gesteld wordt en dat we er niet op beoordeeld of veroordeeld worden. Dus dat vertrouwen, jij bent hier de professional zowel op inhoud als ook op hoe wij ons werk organiseren... Ja, dat is denk ik ook wel een hele belangrijke ruggensteun” (Roxan)

Voor Roxan en Marja geeft deze onvoorwaardelijke steun ook ruimte om het complexe vak te kunnen uitoefenen en af en toe een misser te mogen maken. Voor Esther, die soms wat meer bevestiging zou willen krijgen dat ze haar werk goed uitvoert, betekent dit vertrouwen ook vrijheid en ruimte om te zijn wie je bent.

Maar hoe je dat gaat doen, dat is, en dat denk ik ja, zoveel vertrouwen! Dat is echt fantastisch natuurlijk! Dat is heel fijn en mooi, dus dat is de andere kant van het verhaal. Want je krijgt gewoon alle vrijheid, en alle mogelijkheden om het zelf in te vullen zoals je wilt.

8.6 Behoeftte aan kennis

Het hebben van voldoende kennis en ervaring is essentieel voor sommige respondenten. Het maakt hen zelfverzekerder ten opzichte van de zorgaanbieder.

8.7 Behoeftte aan erkenning

Zoals duidelijk werd uit de bevindingen hebben de respondenten naast plezier en mooie ervaringen ook hele lastige en vervelende ervaringen. Ondanks de steun van de adviseur en leidinggevende ervaart Roxan dat ze er soms toch alleen voor staat. Zij is degene die de vervelende confrontaties aan moet gaan. Ook Gea benoemt dat dit niet onderschat moet worden door de organisatie.

“Ik vind het ook belangrijk dat men niet onderschat van waar we allemaal mee geconfronteerd worden. Hè, ook wel angst soms in een kwestie, maar ook met managers, weerstanden met bestuurders. Ja, dat was denk ik in het begin niet zo helder dat het zo fluctueerde, dat het zo zou wisselen. Mij ook niet. Nee, ik dacht echt veel meer ik ben almaar met cliënten bezig.”

8.8 Behoeftte aan ondersteuning bij de administratie en aanbevelingen

De administratie is een element dat hier en daar benoemd wordt door de respondenten en directe aanbevelingen bevat. Duidelijk is dat het door de meeste respondenten niet als een ondersteunde maar eerder als een belemmerende factor wordt gezien. Gea zou erg geholpen zijn bij een systeem dat ondersteunt bij het uitvoeren van locatiebezoeken zodat ze niet ongemerkt bepaalde zorgaanbieders vergeet. Iets dat ook door Roxan wordt beaamd, die als enige geen hekel heeft aan de administratie, maar wel graag meer grip zou willen hebben.

4.2 Conclusie

De geïnterviewde cliëntvertrouwenspersonen-Wzd hebben een grote innerlijke gedrevenheid om hun werk te doen en hebben bewust voor deze functie gekozen. Ze willen onrecht bestrijden, de kwaliteit van de zorg verbeteren en bijdragen aan welzijn, kwaliteit van leven van de cliënt. Ze ervaren hierbij regelmatig weerstand vanuit de zorgaanbieder die door sommigen als een leuke uitdaging en door anderen als voornamelijk lastig en vervelend wordt ervaren. Ze voelen zich soms kwetsbaar door de solistische positie, de angst voor klachten, onveilige situaties bij een cliënt en de drempel om hulp te vragen. Door de weerstand die zij

ervaren, hebben zij soms het gevoel '*leeg te lopen*'. De positie ten opzichte van de zorgaanbieder levert de dilemma's op rondom partijdigheid en onafhankelijkheid.

Verantwoordelijkheid is een thema dat op verschillende manieren een rol speelt. De cliëntvertrouwenspersonen ervaren verantwoordelijkheid voor het bereiken en daadwerkelijk kunnen ondersteunen van de cliënt. Soms worstelen zij met de grenzen van hun verantwoordelijkheid, met name als andere betrokkenen deze anders zien. Er wordt verantwoordelijkheid ervaren voor het bezoeken van de locaties en de caseload. Het niet nemen van verantwoordelijkheid door de zorgaanbieders leidt soms tot onbegrip en boosheid en zorgt ervoor dat zijzelf ook het werk niet goed kunnen uitvoeren. Compassie voor de cliënt staat centraal in de verhalen die de cliëntvertrouwenspersonen vertelden. Geraaktheid worden door het leed van de cliënt duidt op grote betrokkenheid. Soms hebben zij het gevoel tekort te schieten ten opzichte van wat hen gevraagd wordt en hoe zij de functie het liefst zouden willen uitvoeren. De ervaren weerstand zorgt soms voor twijfel aan het eigen kunnen. Ook vragen zij zich soms af of zij hun werk wel goed genoeg uitvoeren. Het goed uitvoeren van het werk betekent onder andere 'het verschil kunnen maken' voor de cliënt en merken dat hun werk er toe doet.

Tot slot werd duidelijk dat de mogelijkheid tot reflectie met collega's, de praktische en inhoudelijke ondersteuning van de adviseur en leidinggevende voorziet in een behoefte. Ook de vrijheid en het vertrouwen om het werk op eigen wijze kleur te mogen geven wordt als ondersteunend ervaren. Laagdrempeliger contact met de leidinggevende, ondersteuning bij de administratie en meer erkenning voor de complexiteit van het werk zijn behoeften waar nog niet in wordt voorzien.

5. Zorgethische reflectie

In dit hoofdstuk beantwoord ik de derde deelvraag: *Welke inzichten bieden de uitkomsten van de eerste twee deelvragen voor goede zorg voor cliëntvertrouwenspersonen vanuit de werkgever?* De eerste deelvraag is beantwoord doormiddel van het theoretisch kader in hoofdstuk twee. De ervaringen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd zijn beschreven in hoofdstuk vier en zijn het antwoord op deelvraag twee.

De in het theoretisch kader uitgewerkte zorgethische concepten relationaliteit en verantwoordelijkheid vormen nu als het ware een zoeklicht waarmee ik de bevindingen beschijn en diepere lagen in de ervaringen van de respondenten zichtbaar maak. De empirische bevindingen worden zo in dialoog gebracht met deze concepten en kunnen bijdragen aan de zorgethische theorie.

Inleiding

Zoals in het theoretisch kader zichtbaar werd, stellen Van Dartel en Molewijk (2014, p.44) dat professionele verantwoordelijkheid drie dimensies kent: functionele verantwoordelijkheid, beroepsmatige verantwoordelijkheid en persoonlijke verantwoordelijkheid. Deze drie dimensies kunnen op gespannen voet met elkaar staan. In paragraaf 5.1 zet ik uiteen welke rol de innerlijke drijfveren hebben als het gaat om de interpretatie van verantwoordelijkheden. In paragraaf 5.2 werk ik de spanning tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid verder uit en in paragraaf 5.3 ga ik dieper in op morele gevoelens die een rol spelen bij het interpreteren van verantwoordelijkheden. Vervolgens zet ik in paragraaf 5.4 uiteen hoe de positie van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd de spanning tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid verder vergroot en hoe dit de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd kwetsbaar maakt. Tot slot maak ik de balans op door in paragraaf 5.5 uiteen te zetten hoe professionele verantwoordelijkheid vanuit zorgethisch perspectief eruit zou moeten zien en hoe goede zorg vanuit de werkgever vormgegeven kan worden.

De tussen haakjes vermelde cijfer refereren naar de betreffende paragraaf in hoofdstuk 4.

5.1 Spanning tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid

5.1.1. *Verantwoordelijkheid ontvangen.*

Persoonlijke verantwoordelijkheid komt volgens Van Dartel en Molewijk (2014, p.43) in de eerste plaats voort uit het persoonlijke appèl dat de beroepsbeoefenaar ervaart in de zorgrelatie. Dat dit appèl wordt ervaren door de respondenten zien we terug in de bevindingen rondom de thema's 'Compassie met de cliënt' (thema 5) en 'Worstelen met verantwoordelijkheid' (thema 6). De cliënt doet letterlijk een appèl op de cliëntvertrouwenspersoon door hen te benaderen met een vraag of een uiting van onvrede. Daarnaast is er ook een appèl dat uitgaat van de eigen waarnemingen. Het kan dan ook gaan om intuïtie of onderbuikgevoelens zoals Marja en Hanna omschrijven (§3.1). De cliëntvertrouwenspersoon neemt niet zelf het besluit om het appèl van de ander te horen of zien zoals Van Nistelrooij en Visse (2019) stellen. De 'roep' op zichzelf draagt daarom volgens hen geen moreel oordeel of ethische claim in zich. Het onderscheid tussen het appèl en de interpretatie van het appèl zien we inderdaad bij Marleen. De 'roep' ervaart zij als 'erg heftig' en pas in tweede instantie interpreteert ze hieruit haar verantwoordelijkheid door te benoemen dat ze eventueel later nog op het verhaal van de cliënt terugkomt (§5.1). Het perspectief op verantwoordelijkheid als een ontvangen gift kan ruimte bieden als gevoelde verantwoordelijkheid zwaar weegt. Beseffen dat je een passief ontvanger bent geeft een tussenruimte waarin het appèl nog geen moreel oordeel of ethische claim bevat maar waarin reflectie mogelijk is.

5.1.2 *Aandacht voor de eigen zorgbehoeften is noodzakelijk*

In het theoretisch kader schreef ik dat Tronto stelt dat verantwoordelijkheden niet alleen af te leiden zijn uit afspraken en contracten maar dat verantwoordelijkheid een moreel begrip is. Het feit dat de cliëntvertrouwenspersoon betrokken raakt bij de cliënt betekent dat zij zicht krijgt op de behoeften van de cliënt en het appèl dat hiervan uitgaat. Voor het interpreteren van verantwoordelijkheden kan zij dus niet alleen teruggrijpen naar de verantwoordelijkheden zoals deze zijn omschreven in de functieomschrijving en het kwaliteitskader, maar moet zij bij zichzelf te rade gaan.

Volgens Tronto (1993, p.130) begint zorg met *attentiveness*, door mij vertaald als opmerkzaamheid. Opmerkzaamheid voor de behoeften van anderen gaat vooraf aan het nemen van verantwoordelijkheid. Echter, niet alle opgemerkte behoeften kunnen vervuld

worden. Er moeten grenzen gesteld worden aan verantwoordelijkheid en daarom moet de zorg rechtvaardig worden verdeeld (Van Nistelrooij 2008, p.101). Het kwaliteitskader formuleert de beroepsmatige verantwoordelijkheid en geeft richting aan hoe deze distributieve rechtvaardigheid vormgegeven moet worden maar er is geen aandacht voor het morele appèl en de interpretatie van persoonlijke verantwoordelijkheid. Van Nistelrooij (2008, p.99) ziet mogelijkheden om formele verantwoordelijkheid en persoonlijke verantwoordelijkheid hand in hand laten gaan door binnen de formele kaders ruimte te creëren voor de relationele kant van de zorg. Dit is mogelijk door situaties die spanning opleveren steeds vanuit een relationeel en contextueel perspectief te bekijken alvorens een moreel oordeel te vormen van waaruit verantwoordelijkheden geïnterpreteerd worden. Het reflecteren kan plaatsvinden in de eerdergenoemde 'tussenruimte'. De mate van sensitiviteit voor een appèl varieert van persoon tot persoon maar dit betekent niet dat het opnemen van verantwoordelijkheden onbegrensd is. Want hoewel Tronto stelt dat we zorg meer centraal zouden moeten stellen om zo opmerkzaamheid te bevorderen, begint het vervullen van de behoeften van anderen volgens haar met aandacht voor de eigen zorgbehoeften (1993, p.131). Door aandacht te geven aan de eigen zorgbehoeften wordt over-identificatie met de behoeften van anderen, resulterend in zelfopoffering, voorkomen.

5.1.2. 'Internal goods' op gespannen voet met beroepsmatige verantwoordelijkheid

In de tweede plaats volgt persoonlijke verantwoordelijkheid volgens Van Dartel en Molewijk (2014, p.43) uit persoonlijke waarden en normen die kleur geven aan de interpretatie van de eigen verantwoordelijkheden. Deze persoonlijke waarden en normen zijn vooral terug te zien in het thema 'Drijfveren' (§1.0). Respondenten maken zich zorgen over de kwaliteit van de zorg en de positie van de wettelijke vertegenwoordiger. Ze zijn cliëntvertrouwenspersoon- Wzd geworden omdat ze de afhankelijkheid van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder willen verkleinen door de rechtspositie van de cliënt verstevigen. Ze gunnen de cliënt meer autonomie, keuzevrijheid en kwaliteit van leven. Roxan verwoordde haar motivatie zelfs als het tegengaan van 'onrecht'. In de drijfveren van de respondenten worden ook hun eigen normen en waarden zichtbaar. Ze hebben voor zichzelf een beeld van hoe goede zorg eruit zou moeten zien, wat er aan schort en hoe zij hieraan kunnen bijdragen. Kanne (2016) gebruikt het concept 'ethische gerichtheid' van Ricœur (1990). Ricœur omschrijft dit als "het streven naar een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties". Bij het streven naar een goede leven hebben mensen ook keuze om voor het kwade te kiezen en daarom fungeert dit streven volgens hem als "de zeef van de norm." Wat het goede leven inhoudt

wordt weergegeven in waarden of principes waar mensen naar streven in hun dagelijkse (werk)praktijk. Deze waarden, ‘*internal goods*’ zoals Ricœur ze noemt (1992, p.177), staan voor de doelen die mensen nastreven en hun gerichtheid op een goed leven. Beslissingen en te maken keuzes worden afgezet tegen deze gerichtheid op het goede leven.

De *internal goods* van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd zorgen soms voor frictie tussen persoonlijk gevoelde en beroepsmatige verantwoordelijkheid zoals ik ga verduidelijken aan de hand van twee situaties. Als eerste is er de situatie waarop Hanna terugkijkt. Zij vertelt over een situatie waarin zij misstanden vermoedt maar niet weet of deze feitelijk waar zijn (§6.1). Hier is te zien hoe de *internal goods* meewegen in het interpreteren van verantwoordelijkheden. Het waarnemen van de misstanden is voor Hanna niet vrijblijvend. Het is geen appèl dat zij naast zich neer kan leggen omdat het negeren ervan indruist tegen haar persoonlijke normen en waarden. Doordat zij niet aan waarheidsvinding¹¹ kan doen kan zij uit het ontvangen appèl ook geen inschatting maken van de feitelijke ernst van de situatie en wat dit betekent voor haar professionele verantwoordelijkheid om te signaleren. Het probleem zit voor haar dus niet zozeer in het ontvangen appèl maar in het op waarde schatten van het ontvangen appèl voor het interpreteren van haar professionele verantwoordelijkheid.

Er is nog een tweede vlak waarin spanning ontstaat tussen beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid. Deze spanning zien we terug in de situatie van Roxan (§3.1). Het kan voorkomen dat de cliëntvertrouwenspersoon gevraagd wordt te ondersteunen bij het bereiken van een doel dat strijdig is met de persoonlijke normen en waarden. Dit spanningsveld wordt soms als ‘heel lastig’ ervaren zoals bleek uit het verhaal van Roxan die een zedendelinquent moest bijstaan. In een multidisciplinair overleg werd zij gevraagd naar haar eigen oordeel over het al dan niet verlenen van meer vrijheden en dit zorgde voor een moreel dilemma bij haarzelf. Hetgeen de cliënt wilde en dat Roxan tijdens het overleg herhaalde, kwam niet overeen met wat zij zelf goed achtte en wenselijk vond in deze situatie. Om te voldoen aan haar beroepsmatige verantwoordelijkheid moest zij dit morele oordeel geheel achterwege laten en dit gaf haar het gevoel ‘schizofreen’ te zijn geworden.

Het niet kunnen handelen volgens de *internal goods*, zoals we zagen bij Roxan, kan leiden tot aantasting van de morele integriteit en morele stress. Ook het ervaren van een sterk moreel appèl vanuit een cliënt of situatie en het hier niet (voldoende) gehoor aan kunnen geven zoals

¹¹ Het onderzoeken van de woorden van de cliënt om een oordeel te kunnen vormen over het waarheidsgehalte hiervan.

we zagen bij Hanna, kan aanleiding zijn voor het ontstaan van morele stress (Epstein & Hamric, 2009, Corley, 2002). Deze *triggers* zijn in het werk van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd aanwezig en vragen daarom aandacht van de werkgever. Hier ga ik in de volgende paragraaf verder op in.

5.1.3 Omgaan met de spanning: morele gevoelens en relatie tot morele stress

Om uitputting te voorkomen ziet Tronto (1993, p.141) het als een grote morele taak van zorggevers om een stap terug te doen en de eigen betrokkenheid bij zorgproces en dat van anderen eerlijk te beoordelen op adequaatheid. Door persoonlijk gevoelde verantwoordelijkheden gezamenlijk tegen het licht houden en af te wegen tegen persoonlijke grenzen en het eigen welzijn wordt voorkomen dat individuele cliëntvertrouwenspersonen gebukt gaan onder een te grote last van verantwoordelijkheden. De expressie van gevoelens is daarbij essentieel. Het gevoel is volgens Walker (2007, pp.66-77) een morele bron waaruit kritiek op sociale praktijken voort kan komen. Op basis van wat mensen kwaad of beschaamd maakt nemen zij verantwoordelijkheden. Het is daarom van belang om deze gevoelens aan reflectie te onderwerpen. De respondenten benoemen dat zij geraakt zijn door hetgeen de cliënt hen vertelt of wat zij zien en meemaken op locaties. Er is soms ook boosheid en onbegrip richting de zorgaanbieder of een bestuurder of zorgmedewerkers (§2; §5). Deze emoties staan niet op zichzelf, zo laten Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017), zien maar zijn gekoppeld aan gedachten. Door deze gedachten te onderzoeken wordt duidelijk wat er belangrijk is in een situatie, wat onze zorg is voor de ander. Emoties zijn daarom een bron van morele kennis.

Aandacht voor (morele) gevoelens van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd maakt de werkgever duidelijk waar dilemma's ervaren worden en welke situaties reflectie behoeven. De helft van de respondenten geeft aan dat zij wel eens hebben getwijfeld over hun eigen kunnen, over de kwaliteit van hun werk en dat zij het gevoel hadden tekort te schieten in hun rol (§7.1). Gevoelens van frustratie, boosheid, verdriet, machteloosheid, somberheid en stress kunnen signalen zijn van morele stress die aandacht nodig hebben vanuit de werkgever. Zo kan voorkomen worden dat ervaringen van morele stress opstapelen en blijvende schade veroorzaken (Epstein & Hamric, 2009). Epstein en Hamric benoemen hiervoor een aantal strategieën zoals de dialoog aangaan met anderen die in dezelfde situatie verkeren, samen interdisciplinair beslissingen nemen en daar verantwoordelijkheid voor nemen, *support networks* waarin collega's elkaar kunnen ondersteunen, het aanbieden van educatie en het regisseren van gesprekken over de impact van morele stress.

Hoewel ervaringen van morele stress vaak gepaard gaan met negatieve aspecten kunnen deze volgens Jones-Bonofiglio (2020) ook gezien worden als een waardevolle kennisbron. Morele stress ontstaat volgens haar als zorgverleners bevlogen zijn en gevoelig voor hun eigen morele kompas en dit draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Ook Tigard (2017) stelt dat morele stress een transformerende werking kan hebben en ons ten goede kan vormen als mens. Emotionele reacties vertellen ons namelijk om wie en wat we geven en waar we zorg voor willen dragen.

5.3 Geografie van verantwoordelijkheden in de praktijk

In de eerste twee paragrafen is zichtbaar geworden hoe de verschillende dimensies van verantwoordelijkheid, met name de beroepsmatige verantwoordelijkheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid kunnen gaan wringen. Dit is een interne spanning die zich afspeelt rondom de interpretaties van verantwoordelijkheid. Er kan ook spanning ontstaan doordat verantwoordelijkheden door verschillende betrokkenen rondom de client anders geïnterpreteerd worden.

Om dit te laten zien ga ik weer terug naar Roxan (§6.4). Dit keer gaat het om een situatie waarin zij als enige betrokkene nog contact had met een weggelopen cliënt. Allereerst wordt hier ook duidelijk dat deze situatie frictie oplevert tussen de beroepsmatige verantwoordelijkheid en de persoonlijke verantwoordelijkheid. Voor het onderzoeken van de grenzen van de beroepsmatige verantwoordelijkheid deed Roxan een beroep op collega's, haar leidinggevende en een adviseur. Toen bleek dat zij voldeed aan haar beroepsmatige verantwoordelijkheid bleef het toch "*schuren*". De situatie deed een persoonlijk appèl op haar dat niet verdween toen bleek dat haar standpunt juridisch gezien juist was. Daarnaast werd haar ook verantwoordelijkheid *toebedeeld* door de zorgaanbieder en de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt. Deze veronderstelden dat Roxan verantwoordelijk was voor het bekendmaken van de verblijfplaats van de cliënt en voor het terugsturen van de cliënt naar de zorglocatie. Toen Roxan deze taak niet op zich nam werd haar dat kwalijk genomen en werd zij door hen als nalatig gezien.

In deze situatie speelt niet alleen de spanning tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid een rol, maar wordt ook duidelijk dat verantwoordelijkheid relationeel en situationeel gezien moet worden zoals Tronto stelt (1993, p.133). Walkers geografie van verantwoordelijkheden geeft hier een dieper inzicht. Verantwoordelijkheden worden volgens Walker (2007, p.86) zichtbaar in de praktijk en kunnen van daaruit in kaart worden gebracht.

Zo wordt zichtbaar wie waarvoor verantwoordelijk wordt gesteld en wie de verantwoordelijkheid daadwerkelijk neemt. Hiermee bedoelt zij, zo legt Van Heijst (2005, p.302) uit, dat de daadwerkelijke verdeling van verantwoordelijkheden in de praktijk, hoe mensen gaan staan ten opzichte van elkaar, morele kennis oplevert. Om te weten wat onze verantwoordelijkheden zijn moeten we te rade gaan bij de praktijk maar deze patronen ook kritisch bekijken. Verantwoordelijkheden kunnen selectief worden toegeschreven aan bepaalde groepen en stelt andere groepen vrij van het nemen van verantwoordelijkheid.

Het toebedelen van verantwoordelijkheid door anderen is zichtbaar in de bevindingen. Er wordt bijvoorbeeld op basis van veronderstelde verantwoordelijkheid gevraagd om de partijdigheid en onafhankelijke positie op te geven. Dit is bijvoorbeeld te zien in de situatie van Marleen (§3.1). De respondenten bedelen ook zichzelf in verschillende mate verantwoordelijkheden toe zoals we in de eerste twee paragrafen zagen.

Van Heijst (2005) haar opvatting van verantwoordelijkheid kan hier van betekenis zijn als het gaat om ondersteuning vanuit de werkgever. Zij neemt de betrekking tussen zorgverleners als vertrekpunt als het gaat om haar definitie van verantwoordelijkheid als *menslievende verantwoordelijkheid*. Ze verwijst voor de vertaling van Walkers theorie naar de zorgpraktijk naar het werk van zorghetica Marjan Verkerk (Verkerk in Manschot & Van Dartel, 2004, p. 177-190). Volgens Verkerk is het niet alleen van belang om in kaart te brengen hoe verantwoordelijkheden feitelijk toebedeeld en genomen worden zoals Walker dit stelt, maar is ook kritische overweging nodig over hoe professionals hun verantwoordelijkheid opvatten en invullen. Dit kan door het stellen van reflexieve vragen over of ieder zich herkent in de toedeling van verantwoordelijkheden en of het optreden van iedereen overeenkomstig die toedeling is. Goede zorg vanuit de werkgever betekent in dit opzicht dat de toedeling van verantwoordelijkheden regelmatig besproken wordt. Wat zien de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd als hun verantwoordelijkheid en hoe ervaren zij de toebedeling van verantwoordelijkheid in het werkveld? Zijn er groepen of partijen die de verantwoordelijkheid ontlopen en wat betekent dit voor de verantwoordelijkheden die de cliëntvertrouwenspersoon ervaart?

5.4 Relationalele kwetsbaarheid

De spanning tussen de dimensies van professionaliteit komen verder onder druk te staan als de positie van vertrouwenspersonen-Wzd vanuit een machtsperspectief wordt geanalyseerd. Voor deze analyse gebruik ik het concept relationele kwetsbaarheid, zoals gedefinieerd door (Mackenzie et al., 2014, p.6). Volgens hen is kwetsbaarheid niet alleen ontologisch (inherent aan het menszijn) maar ook relationeel. Zij hanteren hierbij de definitie van Goodin (1985) die stelt dat kwetsbaarheid kan ontstaan door een verminderde capaciteit, macht of controle om de eigen belangen te beschermen ten opzichte van anderen. Relationalele kwetsbaarheid benadrukt dat ongelijkheid in macht, afhankelijkheid, capaciteit of behoeften mensen kwetsbaar maken. Een dergelijke relationele kwetsbaarheid wordt op twee manieren zichtbaar in de ervaringen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

5.4.1 Machtsongelijkheid en daardoor ontstane kwetsbaarheid

Ten eerste zie ik dat positie van de cliëntvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder de cliëntvertrouwenspersoon kwetsbaar maakt. Sommige respondenten benoemen dit letterlijk. In andere verhalen is de kwetsbaarheid meer indirect zichtbaar en worden er woorden aangegeven als *'roedelopen'* (spitsroedenlopen) of het zich *'op glad ijs bevinden'* (§2.3). De positie van de cliëntvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder laat een asymmetrische machtsverhouding zien. De cliëntvertrouwenspersoon staat alleen tegenover zorgaanbieders die, soms persoonlijke, weerstand tegen hen hebben, en tegenvoer een grote delegatie functionarissen (§4.2). Soms ervaren zij een gebrek aan *'tools'* om zorgaanbieders te beïnvloeden en dit resulteert soms in gevoelens van machteloosheid (§6.6; §3.1).

5.4.2. Kwetsbaarheid-door-nalatigheid

Ten tweede maakt ook het niet nakomen van verplichtingen door andere betrokkenen de respondenten kwetsbaar. Hier wil ik uitgebreider op ingaan omdat dit in mijn ogen essentieel is voor een gezonde interpretatie van verantwoordelijkheden die niet resulteert in weggijken maar ook niet leidt tot uitputting en morele stress. Zoals duidelijk werd in het conceptuele kader beschouwt Tronto verantwoordelijk als de basis voor het begrijpen wat mensen voor elkaar zouden moeten doen. *"Something we did or not did has contributed to the needs for care, and so we must care"* (Tronto, 1993, pp.132). Het nalaten van de plichten van de zorgaanbieder zoals vrije toegang voor de cliëntvertrouwenspersoon en de beschikbaarheid

van informatie over diens ondersteuning, kan gezien worden als het niet nemen van verantwoordelijkheid voor de behoeften van cliënten die afhankelijk zijn van hun zorg (Tronto 1993, p. 106,108). Tronto (1993, p. 109) benoemt ook dat conflict inherent is aan zorg. Dit kan te maken hebben met het definiëren van de behoeften van de zorgontvanger. Vaak staan degenen die bepalen welke behoeften vervuld moeten worden het meest ver weg van de cliënt. Ook kan het zijn dat verantwoordelijkheden onderling conflicteren. De zorgaanbieder is immers primair verantwoordelijk voor de zorg maar de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd ondersteunt de cliënt zodat zijn rechten beschermd worden als de zorgaanbieder nalatig is hierin of de cliënt zich niet voldoende betrokken en gehoord voelt.

Het proactief opzoeken van de cliënt behoort tot de beroepsmatige verantwoordelijkheid van de cliëntvertrouwenspersoon. Het niet kunnen bereiken van de cliënt versterkt de afhankelijke positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder en deze afhankelijkheid doet een appèl op de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd. Walker (2007, p.90) stelt namelijk dat de verantwoordelijkheden van de een afgeleid kunnen worden uit de feitelijk bestaande afhankelijkheid hiervan van de ander. Deze *dependency-in-fact* betekent dat iemands kwetsbaarheid afhangt van de mogelijkheden die er zijn om aan deze belangrijke behoeften te voldoen. Binnen deze specifieke relatie is er sprake van verantwoordelijkheid voor de ander. In het geval van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd ontstaat er zo een meervoudige relationele kwetsbaarheid. Dit is als het ware de 'catch 22'¹² van de vertrouwenspersoon en is duidelijk terug te zien in de situatie die Hanna beschrijft waarin zij vertelt dat zij niet meer welkom was bij een zorgaanbieder. Dit resulteerde in een moreel dilemma tussen de grote verantwoordelijkheid die zij voelde voor het bereiken van de cliënt en haar persoonlijke veiligheid (§6.5).

5.4.2 Gedeelde verantwoordelijkheid als antwoord

Hoewel de context van het door politicoloog Iris Young (2003) beschreven sociaal onrecht zich op globaal niveau bevindt en niet een-op-een toepasbaar is op de hier omschreven zorgpraktijk kan het *social connection model* van Young (2003, p.119) de 'catch 22' van de cliëntvertrouwenspersoon in een ander perspectief plaatsen.

Wie precies de verantwoordelijkheid draagt voor het ontzeggen van de vrije toegang tot de cliënt lijkt eenvoudig traceerbaar maar het is duidelijk dat hier niet alleen sprake is van

¹² Een catch 22 of een catch-22-situatie is 'een onmogelijke situatie', 'een situatie die onoplosbaar is'. Het gaat er vaak om dat een oplossing alleen mogelijk zou zijn als er aan een bepaalde voorwaarde wordt voldaan, maar aan die voorwaarde kan alleen worden voldaan als eerst de situatie wordt opgelost. (bron: www.onzetaal.nl, geraadpleegd op 25-06-2023)

verantwoordelijkheid op het niveau van de zorgaanbieder maar ook op het niveau van de zorgpraktijk en de overheid. Hoewel Young de kledingindustrie als uitgangspunt neemt kan ook de Nederlandse zorgpraktijk gezien worden als een complex geheel van in elkaar grijpende oorzaken en gevolgen. Te denken valt aan de schaarste op de arbeidsmarkt, de gevolgen van vergrijzing en almaar stijgende kosten. Deze omstandigheden hebben indirect een toename in onvrijwillige zorg tot gevolg, waar de zorgaanbieder niet direct verantwoordelijk voor gesteld kan worden.

Young maakt duidelijk dat het bestrijden van sociaal onrecht een gedeelde verantwoordelijkheid is (2003, p.122). Zoals we in paragraaf 5.1 zagen vormt de opmerkzaamheid van de cliëntvertrouwenspersoon voor het appèl van de client de opmaat naar het nemen van verantwoordelijkheid. Wegkijken terwijl je in de positie bent om in de behoeften van de zorgvrager kan voorzien, is moreel onjuist. Dit betekent volgens Young echter niet dat iedereen een even grote verantwoordelijkheid draagt. Verschillen in machtspositie, privileges, belangen, beperkingen en mogelijkheden voor collectieve acties hebben tot gevolg dat elke partij in verschillende mate kan bijdragen aan processen van sociale verandering (Young, 2003, p. 122). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de individuele cliëntvertrouwenspersoon verantwoordelijkheid kan en moet nemen voor datgene dat binnen haar invloed ligt, als kleine schakel in het grote geheel. Young zegt hierover:

Each individual is personally responsible for outcomes in a partial way, since he or she alone does not produce the outcomes; the specific part that each person plays in producing the outcome cannot be isolated and identified, however, and thus the responsibility is essentially shared. (p. 122)

Zij kan echter niet persoonlijk de verantwoordelijkheid nemen voor een haperende zorgpraktijk en, terug naar de 'catch 22', de nalatigheid van de zorgaanbieder. Deze verantwoordelijkheid is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle afzonderlijke betrokkenen maar ook een verantwoordelijkheid van de werkgever en van de overheid en vraagt om collectief ondernemen van actie (Young, 2003, p. 123). De werkgever kan op politiek- en beleidsniveau invloed uitoefenen door te bewerkstelligen dat zaken als vrije toegang tot locaties beter worden verankerend in de wetgeving waardoor de afhankelijkheid van de cliëntvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder verkleind wordt zoals ook Hanna aangeeft (§2.4) Hiermee wordt er vormgegeven aan een *zorgende democratie* zoals Tronto (2013) zich deze voorstelt waarin de overheid zichzelf verantwoordelijk ziet voor goede zorg en dit niet overlaat aan de markt. Een dergelijke overheid zou er moeten zijn voor

alle burgers, ook voor degenen die geheel afhankelijk zijn van zorg en niet voldoende gehoord worden.

5.5 Tot slot: in balans

In deze laatste paragraaf wil ik uiteenzetten wat nodig is voor een goede balans tussen de verschillende dimensies van verantwoordelijkheid zodat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd minder kans lopen op morele stress en niet psychisch overbelast raken. Ook laat ik zien hoe zorg vanuit de werkgever vormgegeven kan worden, rekening houdend met machtsongelijkheid en de kwetsbaarheid die ontstaat vanuit de positie van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

5.2.1 *Presentie als basishouding*

Zoals ik uiteenzette in het theoretisch kader vraagt Van Heijst (2005, p. 311) haar opvatting van relationaliteit een ander perspectief op de zorgrelatie dan zorg verlenen enkel vanuit vakmanschap of professionele deskundigheid. Beroepsmatig uitgevoerde verantwoordelijkheid is volgens Van Heijst (2005, pp. 313, 314) een praktijk van “moreel zeer relevante medemenselijkheid waarin het draait om het je openstellen voor het appèl van de ander en daarop zorgzaam antwoorden met nabijheid en professionele vakkundigheid”. Deze medemenselijkheid zien we terug in de verhalen van respondenten waarin zij vertellen over situaties waarin zij compassie voelden met de cliënt. Ze worden geraakt door zijn leed en dit zet hen aan tot het nemen van verantwoordelijkheid. (§5). Ze zoeken de cliënt op in zijn eigen omgeving en hebben een open houding. Dit wil zeggen: ze weten van tevoren niets van de cliënt en schorten hun oordeel en neiging om te handelen op. De cliënt bepaalt de ondersteuningsdoelen, ook als deze strijdig zijn met de persoonlijke opvatting, normen en waarden van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en als niet bekend is of de verhalen van de cliënt feitelijk waar zijn. Ze proberen ze te stemmen op de levensloop en leefwereld van de cliënt en deze werkelijk te begrijpen. Het is duidelijk dat zij zich openstellen voor het appèl van de ander, de ander zien als een mens net als zij. Ze durven zich ook te laten raken door het lijden van de ander en kunnen het uithouden hierbij. Deze sensitiviteit voor het appèl van de ander en aandachtige betrokkenheid zijn waardevolle aspecten van de ‘latende modus’ die onderdeel is van Baarts presentietheorie (Baart, 2001, p. 369 in Van Heijst, p.173; Baart, 2007) die ik eerder uitwerkte in het theoretisch kader en die volgens van Heijst (2005) gezien kunnen worden als ‘menslievende zorg’.

5.2.2. *Erbij blijven*

Deze houding van presentie laat ook zien dat interventies niet altijd nodig zijn. De cliëntvertrouwenspersoon-Wzd wordt vaak geconfronteerd met mensen die keer op keer aankloppen of mensen in wiens leven zoveel is misgegaan, dat er wel iets te repareren valt maar desondanks nog heel veel gebrokenheid blijft bestaan. Deze gebrokenheid hoort bij de tragiek van het leven zoals Van Nistelrooij (2018, p. 108) het uitdrukt. Het is een appellerende gebrokenheid die gevoelens van machteloosheid kan oproepen omdat je niets lijkt te kunnen betekenen. Het woord ‘bijstaan’, je laten *bijstaan* door de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd drukt al iets van presentie uit. Erbij blijven en erkenning geven voor lijden en gebrokenheid en beschikbaar zijn is wat een cliëntvertrouwenspersoon-Wzd wél kan ‘doen’.

De cliëntvertrouwenspersonen-Wzd ervaren hierin ook wederkerigheid. Iets kunnen betekenen voor de ander en zien dat de ander daar wel bij vaart geeft hen voldoening en plezier. Deze voldoening ervaren zij vooral in het contact met de cliënt en met de zorgmedewerkers. Als er verandering of beweging plaatsvindt levert dat energie op (thema 1). Ricœur (1992, p.177) stelt dat het kunnen handelen volgens de eigen waarden houvast biedt voor reflexieve momenten van zelfwaardering. Zelfinterpretatie (begrijpen waarom je je leven op een bepaalde manier inricht) wordt volgens hem zelfwaardering wanneer het eigen handelen past bij het levensdoel. Andersom kan dit ook conflict opleveren. Dit is bij Esther heel duidelijk te zien (§7.2). Zij twijfelt of zij haar werk goed uitvoert omdat het zo slecht meetbaar is. Volgens Ricœur is het dan van belang of het eigen oordeel in de ogen van anderen ook waarheid is. De feedback van de zorgontvanger kan van grote betekenis zijn voor de zingeving die ontleent wordt uit het werk zoals we zagen bij Hanna (§1.3). Het is duidelijk dat het ontvangen van waardering van groot belang is voor de respondenten. Ik denk dat het zelfs essentieel voor hen is om het werk met plezier te kunnen blijven doen. Tronto relateert het verlenen van zorg niet expliciet aan voldoening en zingeving. Kanne (2016) stelt op basis van het werk van Ricœur dat *responsiveness* (als ethische element van *care-receiving*) niet alleen nodig is om vanuit het perspectief van de cliënt na te gaan of goede zorg verleend is, zoals Tronto stelt, maar ook omdat het voor zorgverleners zelf van waarde is. Mensen zorgen, volgens Kanne, niet alleen uit plicht voor anderen of omdat het hen blij maakt maar omdat het effect heeft op hun zelfwaardering. “Door zorg neemt het zelf zichzelf waar als een ander te midden van anderen en dit draagt bij aan een goed leven” (Kanne, 2016, p.88).

5.2.3 Tussen distantie en overmatige betrokkenheid

Voor het goed kunnen functioneren van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd is balans nodig tussen professionele distantie en betrokkenheid. De cliëntvertrouwenspersoon is een nabije maar ook *tijdelijke voorbijganger* in het leven van de cliënt (§5.4). Hoewel de beroepshouding van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd een houding van presentie kan zijn is de relatie met de cliënt is geen blijvende zorgrelatie en de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd verleent geen begeleiding. De ondersteuning heeft tot doel het herstellen van de relatie tussen zorgverlener en cliënt die blijvend onderdeel is van het *life sustaining web* van de cliënt (Tronto, 1993, p.103). Herstel betekent in deze context dat de zorgfasen weer volledig doorlopen worden en de cliënt zorg ontvangt die afgestemd is op zijn behoeften.

Dit element is van belang omdat, zoals ik eerder schreef, over-verantwoordelijkheid op basis van persoonlijke gevoelde verantwoordelijkheid op de loer ligt. Over-verantwoordelijkheid is het grenzeloos opnemen van verantwoordelijkheden en kan leiden tot uitputting, overbelasting en morele stress zoals ik beschreef in paragraaf 5.1 en 5.2. Anderzijds is er ook balans nodig tussen teveel distantie en overmatige empathie en betrokkenheid. *Responsiveness*, kan volgens Kanne bijdragen aan zelfwaardering maar is volgens Tronto (1993, pp. 134-136) ook nodig om te voorkomen dat behoeften van de cliënt onjuist gedefinieerd worden en dat daardoor zijn kwetsbaarheid juist wordt vergroot.

Care implies a reaching out to something other than the self: it is neither self-referring nor self-absorbing. When we use ourselves as a point of reference, we do not truly grasp or acknowledge the external reality, values, and needs of the other and fail to recognize their inner perspective. (Tronto, 1993, p.102)

De persoonlijke gerichtheid op een goed leven, op basis van de eigen drijfveren en levensdoelen, kan mogelijk het zicht op de behoeften van de cliënt vertroebelen en leiden tot een mismatch met de werkelijke behoefte aan ondersteuning.

5.2.3 Present leiderschap

Om de benodigde openheid en moed te kunnen opbrengen om ervaringen van kwetsbaarheid, twijfel of onveiligheid te delen is het nodig dat cliëntvertrouwenspersonen onderling, maar ook de leidinggevende en de cliëntvertrouwenspersonen, elkaar goed kennen en zich veilig voelen om zich open te stellen voor elkaar. Een van de respondenten, Roxan, benoemt dit ook.

Ze ziet het als de verantwoordelijkheid van zichzelf en haar collega's om elkaar te spiegelen en *“ook elkaars vervelende luis in de pels te zijn”* (§ 8.1).

Present leiderschap, volgens Stoopendaal en Krober (2007), kan hier een passend antwoord op zijn. Zij baseren zich hiervoor onder andere op Baarts presentietheorie. Deze vorm van leiderschap wordt gekenmerkt door nabijheid van de leidinggevende waarbij deze voornamelijk een ondersteunde in plaats van controlerende rol heeft. De dagelijkse ervaringen en dilemma's staan centraal en worden op beleidsniveau aan de orde gesteld. Dit creëert ook de mogelijkheid om de ervaren problematiek die voorkomt uit ondervonden weerstand niet als een individueel probleem te beschouwen maar solidair te zijn aan de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd door hen op beleids- en overheidsniveau te vertegenwoordigen. Bij present leiderschap hebben inhoudelijk leidinggeven en de kwaliteit van het werk prioriteit boven cijfermatige controle. Een dergelijke manier van leidinggeven is volgens Stoopendaal en Krober gebaseerd op het toelaten en erkennen van onzekerheid en ambiguïteit en op een voortdurende reflectie op het eigen handelen en op individuele resultaten en ervaringen. Een vorm van leidinggeven die past bij de behoeften van de respondenten en erkenning geeft aan de dilemma's en complexiteit die zij in hun werk ervaren.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de hoofdvraag: *Wat is de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd en op welke wijze kan een zorgethische reflectie aan de hand van de concepten verantwoordelijkheid en relationaliteit, bijdragen aan goede zorg voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd vanuit de werkgever?* De antwoorden op drie deelvragen komen hier samen in een afsluitende conclusie. Het hoofdstuk eindigt met aanbevelingen voor de praktijk.

6.1 Eindconclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de geïnterviewde cliëntvertrouwenspersonen-Wzd voor dit vak gekozen hebben op basis van hun persoonlijke waarden en levensdoelen. Het kunnen verwezenlijken van deze *internal goods* (§5.1.2) resulteert in het ervaren van betekenis kunnen zijn en zo ‘het verschil kunnen maken’ voor de cliënt (thema 1) maar levert ook spanning op tussen persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid. Deze spanning wordt enerzijds veroorzaakt door het moeilijk kunnen interpreteren van een appèl en anderzijds doordat de te bieden ondersteuning strijdig is met de eigen *internal goods* (§5.1.2). Om uitputting en morele stress te voorkomen is het belangrijk dat persoonlijk gevoelde verantwoordelijkheden onderwerp zijn van reflectie. Emoties zijn een bron van morele kennis en ruimte hiervoor maakt de werkgever duidelijk waar de dilemma’s ervaren worden (§5.1.3). Dit is belangrijk omdat cliëntvertrouwenspersonen weerstand ervaren vanuit de zorgaanbieder. Sommige cliëntvertrouwenspersonen-Wzd zien dit als een uitdaging maar door anderen wordt dit voornamelijk als een last ervaren (thema 2). Uit de bevindingen blijkt dat triggers voor morele stress aanwezig zijn in het werk van de cliëntvertrouwenspersoon (§ 5.1.2). De positie ten opzichte van de zorgaanbieder levert dilemma’s op rondom partijdigheid en onafhankelijkheid (thema 3). Ook hebben cliëntvertrouwenspersonen soms het gevoel tekort te schieten ten opzichte van wat hen gevraagd wordt en hoe zij de functie het liefst zouden willen uitvoeren (thema 7).

Clientvertrouwenspersonen worstelen soms met de grenzen van hun verantwoordelijkheid, met name als andere betrokkenen hen verantwoordelijkheid toebedelen die zij zelf niet als zodanig zien (thema 6). Er is daarom kritische overweging nodig over hoe cliëntvertrouwenspersonen-Wzd hun verantwoordelijkheid opvatten en invullen. Goede zorg vanuit de werkgever betekent in dit opzicht dat de toedeling van verantwoordelijkheden

regelmatig besproken wordt. Wat zien de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd als hun verantwoordelijkheid en hoe ervaren zij de toedeling van verantwoordelijkheid in het werkveld (§5.3)? Het niet nemen van verantwoordelijkheid door de zorgaanbieders leidt soms tot onbegrip en boosheid en zorgt ervoor dat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd zelf ook niet goed hun werk kunnen uitvoeren (thema 6). Hierdoor en ook door de solistische positie, de angst voor klachten, onveilige situaties bij een cliënt en de drempel om hulp te vragen voelen zij zich kwetsbaar. Door de weerstand die zij ervaren hebben zij soms het gevoel ‘*leeg te lopen*’ (thema 4). De kwetsbaarheid die ontstaat houdt verband met de positie ten opzichte van de zorgaanbieder en kan daarom gezien worden als relationele kwetsbaarheid (§5.4). Er is sprake van een ongelijke machtsverhouding die soms gevoelens van machteloosheid oproept (§5.4.1). De nalatigheid van de zorgaanbieder leidt tot vergrote kwetsbaarheid van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd die hierdoor in een onoplosbare situatie terecht lijkt zijn gekomen (§5.4.2). Het *social connection model* van Young laat echter zien dat de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd alleen verantwoordelijkheid kan nemen voor datgene dat binnen haar invloed ligt en dat de verantwoordelijkheid voor de zorg in Nederland een gedeelde verantwoordelijkheid is. Dit neemt niet weg dat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd de krachten kunnen bundelen om zo misstanden aan de kaak te stellen. Hier ligt ook een collectieve taak voor de werkgevers (§5.4.3).

Compassie voor de cliënt staat centraal in de verhalen die de cliëntvertrouwenspersonen vertellen. Het geraakt worden door de cliënt duidt op grote betrokkenheid (thema 5). Zij stellen zich open voor het appèl van de ander, durven zich te laten raken door het lijden van de ander en kunnen het uithouden hierbij (§5.1). Zoals duidelijk werd spelen de *internal goods* van de respondenten een grote rol in de motivatie voor het complexe werk. Bewust reflecteren op de eigen normen en waarden is een voorwaarde voor het bieden van goede ondersteuning aan de cliënt. Tot slot werd duidelijk dat de mogelijkheid tot reflectie met collega's, de praktische en inhoudelijke ondersteuning van de adviseur en leidinggevende voorzien in een behoefte. Ook de vrijheid en het vertrouwen om het werk op eigen wijze kleur te mogen geven wordt als ondersteunend ervaren (thema 8). Goede zorg vanuit de werkgever kan vormgegeven worden als ‘present leiderschap’. Deze vorm van leiderschap wordt gekenmerkt door nabijheid van de leidinggevende en een primair ondersteunende in plaats van controlerende rol. Present leiderschap is gebaseerd op het toelaten en erkennen van onzekerheid en ambiguïteit en op een voortdurende reflectie op het eigen handelen en op

individuele resultaten en ervaringen. Deze vorm van leiderschap voldoet aan de ondersteuningsbehoeften van de cliëntvertrouwenspersoon.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Goede zorg door de werkgever wordt in deze paragraaf geconcretiseerd aan de hand van een aantal praktische aanbevelingen.

Ruimte voor morele reflectie

Bij het starten van de functie zou er ruimte gemaakt moeten worden voor reflectie op de morele waarden en identiteit en daaruit voorkomende persoonlijke doelen en interpretatie van verantwoordelijkheden door de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd. Om recht te doen aan de *internal goods* van de cliëntvertrouwenspersoon verdient het aanbeveling de beroepsmatige verantwoordelijkheden niet te strak te formuleren en hierin ruimte te geven voor eigen interpretatie van verantwoordelijkheden. Daarnaast is het goed als er vanuit de werkgever aandacht is voor de verwachtingen over de functie en transparantie wat betreft de complexiteit en weerstand die met het uitvoeren van de functie gepaard gaan.

Ten tweede is het aan te bevelen om voortdurend aandacht hebben voor triggers van morele stress. Denk hierbij aan aantasting van de morele integriteit door het niet kunnen bereiken van doelen, geen gehoor kunnen geven aan het eigen morele oordeel, morele onzekerheid, het ervaren van een sterk moreel appèl vanuit een cliënt of situatie en het niet (voldoende) gehoor kunnen geven hieraan. Ook zou er aandacht moeten zijn voor signalen van morele stress zoals gevoelens van frustratie, boosheid, verdriet, machteloosheid, somberheid en stress.

Ondersteunen bij het omgaan met morele stress kan door het faciliteren van de dialoog met collega's waarin morele stress bespreekbaar kan worden gemaakt en door zogenoemde *support networks* waarin collega's elkaar kunnen ondersteunen. Evenals het aanbieden van educatie over morele stress en daarbij ruimte bieden voor gesprekken over de impact van morele stress. Gezamenlijk, interdisciplinair beslissingen nemen en daar verantwoordelijkheid voor dragen kan de morele druk bij de individuele cliëntvertrouwenspersoon-Wzd verlagen. Signalen van morele stress kunnen daarbij fungeren als 'ethische kanarie' en waar mogelijk kunnen deze signalen aandacht krijgen in overleggen op beleids- en politiek niveau.

Ten derde moet er voldoende aandacht zijn voor preventief beleid wat betreft het waarborgen van de fysieke veiligheid van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd tijdens hun werkzaamheden.

Tot slot zou het goed zijn als de leidinggevende en adviseurs investeren in laagdrempelig contact en het gesprek over ondersteuningsbehoeften zelf initiëren. Hoe beter zij de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd kennen hoe beter zij signalen van morele stress of andere stressoren herkennen en benoemen en hier adequaat op reageren. Present leiderschap zou een passende vorm hiervoor zijn die voldoet aan de ondersteuningsbehoefte van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

Reflecteren op verantwoordelijkheden

Zoals duidelijk werd speelt de verdeling van verantwoordelijkheden een grote rol in het ontstaan van kwetsbaarheid en morele stress. Het is aan te bevelen om gezamenlijk kritisch te overwegen hoe cliëntvertrouwenspersonen-Wzd hun verantwoordelijkheid opvatten en invullen. Dit kan door het stellen van reflexieve vragen over of ieder zich herkent in hoe de verantwoordelijkheden zijn toebedeeld, of deze goed verdeeld zijn en of ieder zijn werk uitvoert overeenkomstig deze toedeling.

Tijd en middelen

Tot slot moeten er voldoende tijd en middelen beschikbaar zijn om de voorwaarden te scheppen voor het kunnen delen van ervaringen van kwetsbaarheid en het om hulp durven en kunnen vragen. Waar nodig kan intervisiebegeleiding bijdragen aan het creëren van een veilig klimaat binnen de teams. De werkgever kan benadrukken dat geplande intervisie-en overlegtijd prioriteit heeft boven de overige afspraken van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd waardoor het belang van deze teamtijd onderstreept wordt, ook richting derden.

Hulp bij de administratie

De respondenten gaven aan dat zij baat zouden hebben bij een systeem dat hen meer grip geeft op het plannen van locatiebezoeken.

7. *Kwaliteit, beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen werd een aantal procedures op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit gehanteerd die in dit hoofdstuk worden besproken.

7.1 Betrouwbaarheid

Omdat ik zelf sinds 1 januari 2023 cliëntvertrouwenspersoon-Wzd ben is er veel aandacht geweest voor het beteugelen en tussen haakjes plaatsen van de eigen ervaringen. Met dit doel heb ik gedurende het onderzoek een reflexief dagboek bijgehouden waarin de eigen ervaringen en voorkennis zoveel mogelijk beschreven werden (Van der Meide, 2015) (zie Bijlage D).

De interview-guide is ter check opgestuurd naar de begeleider. De vooraf opgestelde vragen hebben het interview in grote mate gestructureerd maar ik heb zoveel mogelijk aansluiting gezocht en doorgevraagd op de verhalen waar de respondenten zelf mee kwamen. Er zijn geluidsopnames gemaakt van de interviews en deze heb ik uitgewerkt in een geanonimiseerd *verbatim* transcript, waarbij de nadruk lag op de betekenis en minder op prosodische componenten¹³. Zelf transcriberen verhoogde de kwaliteit van het onderzoek omdat ik zo diepgaand bekend raakte met de data en de eigen interviewvaardigheden kon evalueren (Smith & Nizza, 2022, pp.27,30).

De gerapporteerde bevindingen zijn ondersteund door voldoende representatieve quotes van de respondenten en mijn interpretatief commentaar zodat duidelijk wordt hoe deze tot stand zijn gekomen (Smith & Nizza, 2022, pp.112, 113). Ik heb hierbij zoveel mogelijk de woordkeuze van de respondenten aangehouden en weergegeven. Ik heb de mogelijkheid aangeboden om zelf een pseudoniem te kiezen. Hier kon niet door alle respondenten gehoor aan worden gegeven.

Omdat dit een individueel uitgevoerd onderzoek betreft kon er geen onderzoekertriangulatie plaatsvinden. De feedback van de begeleider heeft bijdragen aan de validiteit maar is een beperkte vorm van onderzoekertriangulatie. Er heeft datatriangulatie plaatsgevonden

¹³ Prosodische componenten zijn bijvoorbeeld ritmische aspecten van taal zoals de lengte van pauzes (Smith & Nizza, 2022, p. 27)

doormiddel van een membercheck van de *verbatim*s door alle respondenten. Methodische triangulatie heeft op kleine schaal plaatsgevonden doormiddel van de gemaakte netwerktekeningen en het gebruik van de associatiekaarten waardoor de bevindingen niet alleen op een verbale, reflexieve maar ook visuele en meer pre-reflexieve manier tot stand zijn gekomen (Smith & Nizza, pp. 67, 68).

7.2. Geloofwaardigheid

De interviews zijn allen op dezelfde wijze geanalyseerd volgens de *IPA*-methode die in hoofdstuk 3 beschreven is. Omwille van de vertrouwelijkheid zijn de *verbatim*s niet inzichtelijk in het onderzoeksverslag. Om de anonimiteit van de respondenten zo goed mogelijk te waarborgen zijn details die naar hen herleidbaar zijn weggelaten uit de geciteerde uitspraken. De zorgen van een respondent omtrent herleidbaarheid naar de identiteit door externe partijen heb ik hiermee voldoende serieus genomen.

7.3 Overdraagbaarheid

De bevindingen die voortkomen uit dit onderzoek hebben alleen betrekking op de zes geïnterviewde cliëntvertrouwenspersonen-Wzd. Deze bevindingen zijn zodanig beschreven dat andere cliëntvertrouwenspersonen-Wzd zich hierin mogelijk kunnen herkennen en de bevindingen kunnen overbrengen naar hun eigen context en hier betekenis aan kunnen ontlenu (Creswell & Poth, 2016, p. 263).

7.4 Beperkingen

Reflectiviteit

Doordat ik zelf ook werkzaam ben als cliëntvertrouwenpersoon-Wzd koste het me moeite om een open en neutrale houding aan te nemen tijdens de interviews. Het was hierdoor soms moeilijker om door te vragen naar ervaringen waar ik zelf al een beeld bij had. Het interviewen van collega's binnen de eigen organisatie vond ik enerzijds een verrijkende ervaring voor mijzelf als professional. Anderzijds zorgde de transformatie van collega naar onderzoeker ook voor ongemak en spanning en als gevolg daarvan mogelijk ruis in de data.

Doordat de ervaringen van de respondenten deels ook mijn ervaringen zijn ben ik steeds heel zorgvuldig geweest met het interpreteren hiervan.

Methodie

Tijdens interview 202302 ben ik vergeten de associatiekaarten aan te bieden. Het is niet traceerbaar in welke mate dit de uiteindelijke bevindingen beïnvloed heeft. Soms openden de kaarten nieuwe perspectieven bij de respondenten maar meestal leverde het gesprek over de gekozen kaarten geen nieuwe informatie op waardoor de beperking vermoedelijk klein is.

Populatie

Zoals aangegeven in hoofdstuk drie had ik voorkeur voor respondenten uit een ander werkgebied dan waar ik zelf werkzaam ben. Door de beperkte beschikbaarheid van respondenten zijn er uiteindelijk twee respondenten geïnterviewd uit dezelfde regio maar een ander team, drie respondenten uit een andere regio en één respondenten uit het eigen team. Deze respondent stond op het punt de organisatie te verlaten waardoor de directe relatie als teamlid de openheid waarschijnlijk niet heeft belemmerd.

De keuze voor een zo homogeen mogelijke onderzoeksgroep, bestaande uit cliëntvertrouwenspersonen-Wzd met minstens twee jaar werkervaring, heeft de bevindingen beïnvloed. Interviews uitgevoerd onder startende cliëntvertrouwenspersonen-Wzd had mogelijk tot andere bevindingen geleid.

7.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vanwege de beperkte tijd kon dit onderzoek niet zo breed opgezet worden als aanvankelijk de bedoeling was. In een vervolgonderzoek zouden respondenten geworven kunnen worden onder de vier landelijke organisaties die cliëntvertrouwenspersonen-Wzd in dienst hebben. Dit kan mogelijk een rijkere beschrijvingen van ervaringen en behoeften opleveren en de overdraagbaarheid van de bevindingen vergroten.

‘De zorgaanbieder’ was in dit onderzoek een containerbegrip voor een hele schakering aan zorgorganisaties, bestuurders, managers en andere medewerkers. ‘De zorgaanbieder’ is nu op een eenzijdige en weinig genuanceerde wijze beschreven. Het zou interessant, leerzaam en verrijkend zijn om de samenwerking tussen cliëntvertrouwenspersonen-Wzd en zorgaanbieders ook vanuit het perspectief van de zorgaanbieder te onderzoeken.

Literatuur

- Baart, A. (2007). Een beknopte schets van de presentietheorie. *Pastorale Nieuwsbrief Caritas Vlaanderen*, 134, 14-19.
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493.
- Carol, G. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard,
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis. *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*, , 193-209.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Boom Lemma uitgevers, Nederland.
- Friedman, M. (2013). Care ethics. *International Encyclopedia of Ethics*,
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Goodin, R. E. (1985). *Protecting the vulnerable: a reanalysis of our social responsibilities*. The University of Chicago Press.

- Held, V. (2006). *The ethics of care: personal, political, global*. Oxford University Press.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice*. Prentice-Hall.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- John, W., Creswell, P., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage.
- Jones-Bonofiglio, K. (2020). *Health care ethics through the lens of moral distress*. Springer.
- Kanne, M. (2016). Co-creatie van goede zorg. *Ethische Vragen, Moreel Beraad En Normatieve Professionalisering in De Zorg En Het Sociaal Werk*,
- Keith, P. M., & Schafer, R. B. (2002). Expected and actual difficulties of volunteer resident advocates in an ombudsman program. *Journal of Applied Gerontology*, 21(4), 421-436.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor*. Routledge.
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
- Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S. (2014). *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford University Press.
- Marion, J. (2002). *Being given: Toward a phenomenology of givenness*. Stanford University Press.
- McKeown, M., Ridley, J., Newbigging, K., Machin, K., Poursanidou, K., & Cruse, K. (2014). Conflict of roles: A conflict of ideas? The unsettled relations between care team staff and

- independent mental health advocates. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 398-408.
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646-662.
- Nelson, H. W., Allen, P. D., & Cox, D. (2005). Rights-based advocacy in long-term care: Geriatric nursing and long term-care ombudsmen. *Clinical Gerontologist*, 28(4), 1-16.
- Noddings, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. University of Chicago Press.
- Riedel, P., Kreh, A., Kulcar, V., Lieber, A., & Juen, B. (2022). A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1666.
- Robinson, F. (2020). Resisting hierarchies through relationality in the ethics of care. *International Journal of Care and Caring*, 4(1), 11-23.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: toward a politics of peace*. Beacon Press
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.
- Smith, J. A., & Nizza, I. E. (2022). *Essentials of interpretative phenomenological analysis*. American Psychological Association.
- Stoopendaal, A., & Krober, H. (2007). Wie presentie zaait zal presentie oogsten. *ZM Magazine-Boardroom ZORG*, 23, 2-5.

- Tigard, D. W. (2018). Rethinking Moral Distress: Conceptual Demands for a Troubling Phenomenon Affecting Health Care Professionals. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(4), 479-488.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Psychology Press.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy*. New York University Press.
- Van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen: Fenomenologie als kwalitatieve onderzoeksbenadering; deel I van een tweeluik. *Kwalon*, 20(1), 21-28.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Klement.
- Van Nistelrooij, I. (2008). *Basisboek zorgethiek: Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen* (9th ed.). Uitgeverij Abdij van Berne.
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, 275-285.
- Verkerk, M., Manschot, H. A. M., & van Dartel, H. (2004). Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden. *In gesprek over goede zorg* (pp. 177-191). Boom.
- Vosman, F., Timmerman, G., & Baart, A. (2018). Digging into care practices: the confrontation of care ethics with qualitative empirical and theoretical developments in the Low Countries, 2007–17. *International Journal of Care and Caring*, 2(3), 405-423.
- Walker, M. U. (2007). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. Oxford University Press. (origineel 1998)

Young, I. M. (2003). *Political responsibility and structural injustice*. University of Kansas,
Department of Philosophy.

Bijlagen

Bijlage A Utrechtse Zorgethiek

De Utrechtse Zorgethiek

Wat is het moreel goede in deze particuliere context?



Bijlage B Informatiebrief en toestemmingsformulier

Informatie voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Goede zorg voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd

Inleiding

Geachte deelnemer,

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

Stel uw vragen

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

1. Algemene informatie

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

2. Wat is het doel van het onderzoek?

Het vermoeden bestaat dat cliëntvertrouwenspersonen-Wzd te maken hebben met morele stress. Er is echter nog nooit onderzoek gedaan naar de ervaringen van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd. Ook is niet duidelijk hoe de organisatie op een goede manier voor cliëntvertrouwenspersonen-Wzd kan zorgen. Door dit onderzoek wil ik diepgaand inzicht krijgen in de ervaringen van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd zodat duidelijk wordt hoe de organisatie het best voor de cliëntvertrouwenspersoon kan zorgen.

3. Hoe verloopt het onderzoek?

U wordt benaderd door Catrineke Hooghiemstra, de onderzoeker, voor het afnemen van een interview. Dit interview duurt ongeveer een uur en zal gaan over uw ervaringen als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd.

4. Welke afspraken maken we met u?

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

- U neemt contact op met de onderzoeker in deze situaties:
 - U wilt niet meer meedoen met het onderzoek.

- Uw telefoonnummer, adres of e-mailadres verandert.

5. Wanneer stopt het onderzoek?

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

Wat gebeurt er als u stopt met het onderzoek?

De onderzoekers gebruiken de gegevens die tot het moment van stoppen zijn verzameld.

6. Wat doen we met uw gegevens?

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

Welke gegevens vragen we aan u?

Naam en e-mailadres.

Waarom verzamelen, gebruiken en bewaren we uw gegevens

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

Hoe beschermen we uw privacy?

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

Wie kunnen uw gegevens zien?

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit zijn mensen die contact met u moeten opnemen en het onderzoek moeten uitvoeren. Dit betreft in ieder geval de projectleider:

Catrineke Hooghiemstra

Hoelang bewaren we uw persoonsgegevens?

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

Hergebruik van onderzoeksgegevens

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

Wilt u meer weten over uw privacy?

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

7. Heeft u vragen?

Vragen over het onderzoek kunt u stellen aan Catrineke Hooghiemstra.

8. Hoe geeft u toestemming voor het onderzoek?

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

9. Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage 1: Toestemmingsformulier deelnemer

Titel van het onderzoek: Onderzoek naar de geleefde ervaring van de cliëntvertrouwenspersoon-Wzd en goede zorg vanuit de organisatie.

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

Voor de deelnemer:

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

Mijn naam is (deelnemer):

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Voor de onderzoeker

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

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

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage C Interviewguide

Ik wil een antwoord vinden op de volgende vragen:

Wat is de geleefde ervaring van het zijn van cliëntvertrouwenspersonen-Wzd?

Wat is goede zorg voor de cliëntvertrouwenspersonen-Wzd?

De genummerde vragen zijn de vragen die ik wil stellen, de opsomming van korte vragen zijn aanwijzingen voor mezelf om evt. verder te vragen.

- 1) Kun je vertellen over je start als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd?
 - Hoe lang heb je deze functie?
 - Wat deed je eerst?
 - Waarom leek deze baan je leuk?
 - Welke dingen zijn je bijgebleven uit de eerste periode?

- 2) Hoe zou je je taken omschrijven?
 - Wat doe je op een werkdag?
 - Met wie heb je contact
 - Waar besteed je tijd aan?

- 3) Wat is voor jou belangrijk in een baan?
 - Komt dit terug in je baan als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd?
 - Welke aspecten van de baan passen goed bij jou en waarom?
 - Welke dingen passen minder goed en waarom?

- 4) Welke kwestie of moment is/zijn je bijgebleven?
 - Waarom?
 - Kun je dit beschrijven?
 - Wat voelde je op dat moment?
 - Wat dacht je?
 - Wat deed je?

- 5) Kun je jezelf eens tekenen op dit vel papier? Zou je nu hierop ook je cliënten, zorgaanbieders, collega's en manager willen tekenen op een plek zoals jij deze ervaart?
- Wil je er wat over vertellen?
 - Wat vind je van de plek die iedereen inneemt?
 - Zou je er iets aan willen veranderen en wat dan en waarom?
 - Hoe denk je dat elke afzonderlijke netwerkspeler jou ziet in je functie als CVP-Wzd? Waarom? Komt dit overeen met hoe je gezien wilt worden?
- 6) Hoe ziet een fijne werkdag eruit voor jou?
- Of juist een minder fijne werkdag?
 - Welke gevoelens heb je?
 - Welke gedachten?
- 7) Wat helpt jou om je werk goed te kunnen doen?
- Wat doe je zelf als je bijvoorbeeld stress ervaart of een lastige kwestie hebt?
 - Wat betekent de organisatie hierin voor jou?
 - Wat kan een ander hierin voor jou doen?
 - Wat zou je hierin eventueel wensen?
- 8) Wil je uit deze stapel een kaart kiezen die voor symbool staat voor jou zelf als cliëntvertrouwenspersoon-Wzd?

Bijlage D Fragmenten uit het reflexief dagboek

Fragment 1

Vandaag heb ik het tweede interview. Ik ben erg moe na een drukke week met veel te weinig slaap. Ik zie er dan ook enigszins tegenop. Ik vraag me af of het vorige interview goed was en of ik misschien nog dingen anders had moeten doen. Ik neem me in elk geval voor om haar na afloop te vragen wat ze van het interview vond en feedback te geven. Ook heb ik vraag 5 en 6 omgedraaid. Ik maak me zorgen of ik wel de juiste vragen heb om de benodigde informatie naar boven te halen. En wat als iedereen fluitend zijn werk doet en er helemaal geen ‘probleem’ ervaren worden? Ik heb natuurlijk nog een heel aantal respondenten te gaan dus ik vertrouw erop dat ik alle aspecten zoals deze ervaren worden ga horen.

Fragment 2

Reflectie na het interview: Ik ben niet zo tevreden over het interview. Ik was eigenlijk te moe. Heb het ook benoemd en heb de opname een keer stopgezet om even een pauze te hebben en een bak koffie te nemen. Het even benoemen hielp wel. Daarnaast vond ik het heel erg lastig dat de respondent ook tegelijkertijd bij dezelfde organisatie werkt. Ik ben zelf nog nieuw en dat maakt me ook kwetsbaar. Ik hoor nieuwe dingen over het werk, ik hoor dingen over het team maar in de rol van interviewer kan ik daar niet op ingaan. Dat heb ik achteraf wel gedaan en dit ook benoemd. En ik ben me zo bewust van hoe ik overkom op haar en wat mijn eigen rol is in het team en hoe ik het doe of anders zou kunnen doen etc. Heel vermoeiend en belemmerend. En leerzaam. Ik denk dat ik mezelf sowieso kan helpen door de interviews beter mentaal voor te bereiden en meer rust ervoor te nemen.

Fragment 3

Het interview verliep wel aardig alleen kostte het echt moeite om rijke data op te halen. Ook bij doorvragen bleef het wat oppervlakkig. Wat we me over het algemeen echt verbaast is dat iedereen over het algemeen zoveel plezier heeft in het werk en de zware kanten voor lief neemt. De gedrevenheid om het werk te doen voor de cliënt is echt enorm. Dat is echt een thema dat bij iedereen heel sterk terugkomt. Als ik maar wat kan doen voor die cliënt. En als ik dan zelf bagger over me heen krijg, als er aangifte tegen me gedaan wordt, als die zorgaanbieder mij niet wil....Vind ik niet leuk maar allemaal best. Die bereidheid om dat op zich te nemen is heel groot. Het verbaast me wel een beetje en ik vraag me af of ik dat zelf

ook zo ervaar of ga ervaren. (...) Het overweldigt me ook wel een beetje en ik vraag me af of ik zelf hiertussen pas.

Fragment 4

Het lastige van dit hele onderzoek is dat ik er echt een kluit aan heb om het gehoorde niet op mezelf te betrekken. Om het echt alleen vanuit de rol als onderzoeker te bekijken. Ik merk ook dat dat me alleen lukt doordat ik datgene dat het bij mezelf oproept hier ook op te schrijven en te erkennen. De onzekerheid die het bij mezelf oproept en de spiegel die me voorgehouden wordt....Herken ik mezelf daarin? Welke rol heb ik zelf? Morgen hebben we een teamdag en ik ben blij dat deze punten misschien ook een plek kunnen krijgen. Er over praten geeft weer ruimte en ruimte biedt perspectief op nieuwe mogelijkheden en perspectieven.