

Tragiek, onmacht en catharsis binnen de intramurale ouderenzorg

Een zorgethisch onderzoek naar een evocatief narratief

Masterthesis Zorgethiek en Beleid 2024

Student: Joris de Lange
Studentnummer: 1035045
Begeleider/examinator: dr. Alistair Niemeijer
Tweede lezer: prof. dr. Carlo Leget
Datum: 27 juni 2024
Aantal woorden: 23.743



Een Aristotelische visie op geluk

Geluk is: genieten van een optimaal ontwikkelde sensibiliteit: een gevoelsleven dat je in staat stelt, veel gevoelskwaliteiten maximaal en adequaat te ervaren, een wijze van handelen en leven die je verbondenheid met andere mensen optimaal realiseert; die verbondenheid bestaat op tenminste drie niveaus (je meest beminden, degenen met wie je samenwerkt en samenleeft in een samenleving, en je lotgenoten als mens) en zal zich daarom verwerkelijken langs drie verschillende, lijnen, als respectievelijk liefde, erkenning en solidariteit; in dat alles wordt je geleid door waarden, opvattingen over wat belangrijk of de moeite waard is, waarvan je beseft dat je die niet kiest, maar dat die zich aan jou opdringen, waarin je ‘gelooft’, en waaraan je je toewijdt; waarden die ‘echt’ gelden, waarnaar je waarachtig zoekt en die je kritisch onderzoekt. Het zal duidelijk zijn dat dat alleen van een leven als geheel gezegd kan worden en niet van een enkel moment – en dat het een ideaal is, dat niet gemakkelijk bereikt zal worden. (Van Tongeren, 2016, pp. 72-73).

Foto omslag: *Het koor in ‘De Bachanten’ van Euripides, uitgevoerd door het Britse Nationale theater in 2002. Foto: ALAMY*

VOORWOORD

Met het aanbieden van deze thesis aan u als lezer, komt er voor mij een einde aan een intensieve periode. Drie jaren heb ik me mogen onderdompelen in de wereld van de zorgethiek, eerst in de premaster en vervolgens in de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Een onvergetelijke, inspirerende en vormende periode, waarin ik steeds weer opnieuw uitgedaagd werd eigen posities en meningen te onderzoeken en aan te vullen met een wereld aan nieuwe zorgethische theorieën, zienswijzen en onderzoeksmethoden. Drie jaar bezig zijn met in essentie maar één basisvraag: wat is goede zorg? Drie jaren ook waarin ik enthousiaste en inspirerende medestudenten tegenkwam uit verschillende werkvelden en disciplines die hun eigen perspectieven en vragen meebrachten en die met hun kritische houding mij weer hielpen mijn gedachten aan te scherpen en mij er ook regelmatig aan lieten twijfelen. Vooral dat laatste heb ik als zeer waardevol ervaren. Mijn hoop is dat u als lezer in deze thesis iets van mijn afgelegde weg mee mag ervaren. Dat de inzichten die ik hierin samenbreng ook u mogen inspireren tot het onderzoeken van eigen ideeën over de wereld om ons heen en met name de rol van zorg daarin. Ik hoop met name dat het u doet twijfelen.

Het schrijven van de thesis was in tegenstelling tot de rest van de Master, die vooral in het teken stond van interactie, een eenzaam proces. Toch kon ik op de steun rekenen van met name twee medestudenten; Kim Henkels-de Lange en Jelle van Laar, die met regelmaat bereid waren conceptschrijfsels van kritisch commentaar te voorzien en in telefoon- of appgesprekken af en toe hielpen de moed niet te verliezen. Dank daarvoor! Dank ook aan alle docenten van de vakgroep Zorgethiek, met name mijn thesisbegeleider dr. Alistair Niemeijer, die met een kundig en kritisch oog het hele schrijf- en denkproces volgde en me steeds weer uitdaagde verdieping aan te brengen.

Ik dank mijn werkgever, Zuyderland Care, die me de mogelijkheid bood deze studie te volgen. Ik zie ernaar uit de opgedane kennis en inzichten in te zetten voor onze bewoners en medewerkers.

Tenslotte, dank aan mijn rots in de branding, Kylie, die me ondanks de drukte en uitdagingen van ons jonge gezin, thuis alle ruimte en vertrouwen heeft geboden deze studie tot een goed einde te brengen. *De vlag kint oet!*

Joris de Lange

Sittard, 27 juni 2024

SAMENVATTING

In deze thesis wordt onderzocht hoe een zorgethisch begrip van catharsis, een concept uit de Griekse filosofie van Plato en Aristoteles, in onze tijd bij kan dragen aan goede zorg. In een tijd van groot verloop van personeel en toenemende druk op de zorg, komt ook 'het goede' in de zorgpraktijken onder druk te staan. De menselijke dimensie kan daardoor uit zicht raken, wat ook wel de dehumanisering van de zorg wordt genoemd.

In dit onderzoek laat ik zien dat niet alleen het grote verloop en de werkdruk hier debet aan zijn, maar dat er diverse sociologische processen inwerken op de zorgpraktijk die maken dat er een nadruk wordt gelegd op de maakbaarheid van de zorg en er voor de tragische dimensie van het leven nauwelijks ruimte is. Toch is deze dimensie onlosmakelijk verbonden met de levens van mensen en dus ook van de bewoners binnen de intramurale ouderenzorg. Zorgverleners zullen zich tot deze dimensie moeten verhouden, maar worden hier niet voldoende in toegerust. Dit kan ervoor zorgen dat zowel zorgverleners als zorgontvangers kwetsbaar worden.

De reeds bestaande presentatie *Zie Mij*, in het onderzoek een evocatief narratief genoemd, wordt als voorbeeld gebruikt om op zorgethische wijze te onderzoeken of en hoe catharsis helpt bij het omgaan met de tragische dimensie.

Eerst worden in dit onderzoek de sociologische processen binnen onze laatmoderne tijd en de effecten op de zorgpraktijk geduid en bekritiseerd met inzichten uit de filosofie en de zorgethische theorie. Vervolgens worden de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. Deze resultaten bestaan uit een fenomenologische analyse (middels de IPA-methode) van de ervaren omgang met de tragische dimensie in de zorgpraktijk door zorgverleners binnen de intramurale ouderenzorg en hun ervaringen met het evocatief narratief *Zie Mij*.

De theorie en de empirische resultaten worden in de zorgethische discussie met elkaar in dialoog gebracht, teneinde de vraag te beantwoorden of het concept catharsis bij kan dragen bij de humanisering van de zorg in het algemeen. De conclusie is dat deze vraag positief kan worden beantwoord. Door ruimte te creëren voor catharsis, bijvoorbeeld door middel van het evocatief narratief *Zie Mij*, wordt er bij de deelnemers een ethische reflectie op het eigen handelen in relatie tot het perspectief van de bewoner op gang gebracht, inclusief de tragische dimensie die daardoor niet veronachtzaamd wordt, maar een plaats krijgt binnen de zorgpraktijk.

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 <i>Problemativering en relevantie</i>	11
1.1 <i>Aanleiding</i>	11
1.2 <i>Maatschappelijke probleemstelling</i>	12
1.3 <i>Wetenschappelijke probleemstelling</i>	14
1.4 <i>Onderzoeksvraag</i>	16
1.5 <i>Doelstelling</i>	16
HOOFDSTUK 2 <i>Intermezzo</i>	17
HOOFDSTUK 3 <i>Theoretisch kader</i>	19
3.1 <i>Sociologische processen</i>	19
3.2 <i>Paradox van de laatmoderne tijd</i>	20
3.3 <i>Onzekerheid en veerkracht</i>	20
3.4 <i>Geluksdiscours</i>	21
3.5 <i>Othering</i>	22
3.6 <i>Discoursen in de zorg</i>	23
3.7 <i>Tragiek</i>	25
3.8 <i>Tragedie en catharsis</i>	25
3.9 <i>Zorgethiek</i>	27
HOOFDSTUK 4 <i>Onderzoeksmethode</i>	31
4.1 <i>Onderzoeksbenadering</i>	31
4.2 <i>Onderzoeksmethode</i>	32
4.3 <i>Dataverzameling theoretisch onderzoek</i>	33
4.4 <i>Dataverzameling empirisch onderzoek</i>	36
4.5 <i>Data-analyse</i>	37
4.6 <i>Ethische overwegingen</i>	40
4.7 <i>Kwaliteitscriteria</i>	41
HOOFDSTUK 5 <i>Resultaten en beantwoording deelvragen 1 en 2</i>	42
5.1 <i>Bevindingen: ervaringen van onmacht in de transmurale ouderenzorg</i>	42
5.2 <i>Conclusie en beantwoording van de eerste empirische deelvraag</i>	51
5.3 <i>Bevindingen: Ervaringen met het evocatief narratief Zie Mij</i>	52
5.4 <i>Conclusie en beantwoording van de tweede empirische deelvraag</i>	55
HOOFDSTUK 6 <i>Zorgethische discussie</i>	56
6.1 <i>De zorgethische benadering</i>	56

6.2 Meedenken.....	57
6.3 Tegendenken	60
6.4 Omdenken.....	64
6.5 Conclusie en beantwoording van de derde en vierde deelvraag.....	68
HOOFDSTUK 7 Conclusie	69
7.1 Beantwoording hoofdvraag.....	69
7.2 Beperkingen en sterktes van het onderzoek.....	70
7.3 Eigen positionaliteit	71
7.4 Aanbevelingen voor de praktijk.....	72
Geraadpleegde bronnen.....	74
BIJLAGE 1 Zie Mij	81
BIJLAGE 2 Beschrijvingsbrief en toestemmingsformulier	90
BIJLAGE 3 Fenomenologische interview guide.....	96
BIJLAGE 4 Reflectiedocument analysefase.....	98
BIJLAGE 5 Personal Experiential Themes	100
BIJLAGE 6 Group Experiential Themes	102
BIJLAGE 7 Resultatenbeschrijving volgens IPA-methode	107

HOOFDSTUK 1 *Problematisering en relevantie*

1.1 Aanleiding

Het was in 2018 dat ik samen met een collega een evocatief¹ narratief² ontwikkelde met de titel “Zie Mij”. Een verhaal over een patiënt die na een hersenbloeding niet meer kan spreken, en een zorgverlener die voor hem zorgt (Bijlage 1)³. Het narratief heeft een tragisch karakter en de vraag naar goede zorg staat centraal. Tijdens de ‘opvoering’ worden de gedachten van beide personages verwoord door een mannen- en een vrouwenstem, waarbij de aanwezigen met gesloten ogen luisteren. De presentatie begint met een korte introductie en wordt afgesloten met een video⁴, waarna de deelnemers in stilte achterblijven. Er wordt niet nabesproken en de deelnemers wordt voorafgaand de instructie gegeven dat ze aan het einde de ruimte in stilte kunnen verlaten op een door henzelf gekozen moment.

Sindsdien is het narratief al meer dan 250 keer opgevoerd, hoofdzakelijk voor teams in verpleeghuizen, maar ook voor artsenvakgroepen, paramedici, managers, voor teams binnen het ziekenhuis en op congressen en symposia. Iedere keer komen er emoties los en collega’s komen geregeld terug om het nog eens mee te maken en zich weer te laten raken. Het voorziet blijkbaar in een behoefte van zorgmedewerkers.

¹ ‘Evocatief’ wordt hier gebruikt in de betekenis die fenomenoloog Max van Manen eraan toekent, namelijk dat een tekst aanspreekt en het effect oproept dat we ‘in aanraking komen’ met iets, dat we gaan ‘zien’ op een manier die iets onthult van de ervaring van dat iets (Van Manen, 2016, p. 249).

² ‘Narratief’ wordt gebruikt in de betekenis van ‘verhaal’ of ‘vertelling’ en steunt op het inzicht dat mensen in de kern narratieve wezens zijn, dat we betekenis geven aan de wereld door middel van verhalen (Bohlmeijer, 2012). In de media komt sinds de coronacrisis regelmatig een andere, smallere betekenis van ‘narratief’ naar voren, als een suggestieve vorm van verklaring van wereldgebeurtenissen (ook wel complot-denken genoemd) (aivd.nl, z.d.). Deze laatste betekenis is niet van toepassing in deze tekst.

³ De tekst van het narratief wordt in principe niet gedeeld omdat wij als ontwikkelaars van mening zijn dat de “beleving” bewaakt moet worden. Als delen van de tekst gaan rondzwerven en buiten de context van de presentatie gelezen kunnen worden, gaat de kracht ervan verloren. Toch is besloten de tekst als bijlage aan dit onderzoek toe te voegen (*met uitzondering van de WoF*) omdat er regelmatig naar verwezen wordt en het ontbreken ervan storend zou kunnen zijn voor het begrijpen van de resultaten. Om bovenstaande redenen vragen wij de lezer de tekst van Zie Mij enkel te lezen in het licht van dit onderzoek en niet verder te verspreiden.

⁴ In dit filmpje wordt een lied gezongen waarvan de tekst, een gedicht, naar verluidt geschreven is door een bewoner van een verpleeghuis. In het lied vraagt de betreffende bewoner, aan de hand van fragmenten uit zijn leven, aandacht voor de persoon achter de patiënt. <https://youtu.be/cwXxlXchCdk?si=3KC6nq5XRkD90-Wb>

Hoe deze behoefte te duiden? Wat betekent het bijwonen van Zie Mij voor de zorgverlener? Welke invloed heeft het op hun zorgpraktijk? Het zijn vragen die me al geruime tijd bezighouden. Het schrijven van deze thesis biedt een uitdagende gelegenheid dit fenomeen beter te begrijpen teneinde te verkennen hoe dit van betekenis kan zijn voor het werkveld van de verpleeghuiszorg en de zorgethische theorievorming.

1.2 Maatschappelijke probleemstelling

De verpleeg(huis)zorg in Nederland staat onder grote druk (zie o.a. Patiëntenfederatie Nederland, 2023; De Vries, 2023; Tagage, 2023). De combinatie van oplopende personeelstekorten, stijgende kosten en complexere zorg, zorgt ervoor dat de kwaliteit van de geboden zorg steeds verder in het gedrang komt. Er is pas sprake van kwalitatief goede zorg als deze veilig, cliëntgericht, beschikbaar en effectief is (Noorland et al., 2023) en voldoet aan de professionele standaarden en richtlijnen (Verest et al., 2019). Een derde van de zorgverleners in de intramurale ouderenzorg vindt de kwaliteit van zorg regelmatig of vaak onvoldoende. Meer dan de helft wijt dit aan onvoldoende gekwalificeerd personeel (Noorland et al., 2023).

Het geactualiseerde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2021) dat een reactie was op de maatschappelijke discussie die was ontstaan na media-aandacht voor misstanden in de ouderenzorg in 2016 (Verbeek-Oudijk & Koper, 2021), presenteert persoonsgerichte zorg als de basisvoorwaarde voor het vergroten van de levenskwaliteit van de bewoners van verpleeghuizen (Zorginstituut Nederland, 2021, p.11). Bij kwaliteit van leven gaat het om thema's als geluk, tevredenheid met het leven, ervaren autonomie en de leefomgeving (Verbeek-Oudijk & Koper, 2021). Teneinde de levenskwaliteit te vergroten steunt persoonsgerichte zorg op vier pijlers: *compassie* (uitgelegd als het ervaren van nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip), *uniek zijn* (benaderd worden als individu, met een persoonlijk verhaal en eigen identiteit), *autonomie* (de mogelijkheid van eigen regie over leven, welbevinden en de laatste levensfase) en *samen beslissen* (in overleg met de zorgverlener worden afspraken gemaakt en vastgelegd).

Toch is het de mogelijkheid tot deze persoonsgerichte zorg waarover medewerkers in de intramurale ouderenzorg het meest ontevreden zijn. Het ontbreekt aan voldoende tijd en ruimte voor individuele en psychosociale begeleiding (Noorland et al., 2023). Hier worden verschillende redenen voor gegeven, die veelal terug te voeren zijn op de bedrijfsmatige inrichting van de zorginstellingen met een nadruk op administratie en productiviteit (Lang et al., 2022). Dat zorgverleners voor hun gevoel niet voldoende aandacht kunnen geven aan

bewoners is een belangrijke reden om bij de werkgever te vertrekken, waarbij een op de vier zelf de zorgsector als geheel verlaat (Lang et al., 2022).

Uit een onderzoek naar de ervaringen van de bewoners van verpleeghuizen (Verbeek-Oudijk & Koper, 2021) komt daarentegen een ander beeld naar voren. Ruim negen van de tien bewoners voelt zich serieus genomen en vindt dat er goed rekening met hen gehouden wordt. Daarbij geeft twee derde aan dat het personeel voldoende tijd en aandacht heeft voor levensvragen die bij hun spelen. Persoonsgerichte zorg zoals deze in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt beoogd, lijkt zich positief te ontwikkelen, al blijft er ruimte voor verbetering (Verbeek-Oudijk & Koper, 2021).

Er lijkt een discrepantie aanwezig in de beleving van kwaliteit van zorg tussen zorgverleners en de zorgvragers. Het ervaren tekort van zorgverleners in het kunnen bieden van aandacht, lijkt door de zorgontvangers minder te worden ervaren. Vanwaar dan toch dit gevoel bij zorgverleners?

Enkele andere bevindingen in het rapport van Verbeek-Oudijk en Koper (2021) zouden hier een antwoord op kunnen bieden. Bijna zes op de tien bewoners in de verpleeghuizen geeft -ondanks de aandacht van het zorgpersoneel- namelijk aan eenzaam te zijn, waarvan 14% zich sterk eenzaam voelt. Vier op de tien bewoners heeft moeite met het vinden van betekenis in het leven en een derde geeft aan dat er geen dingen zijn waar ze nog echt van kunnen genieten.

Deze uitkomsten hebben echter minder te maken met kwaliteit van zorg, maar des te meer met kwaliteit van leven. De oplossing voor de problematiek van bijvoorbeeld eenzaamheid en zinverlies is evenwel niet zomaar voorhanden (Verbeek-Oudijk & Koper, 2021) omdat er belangrijke maatschappelijke factoren meespelen. De moderne maatschappij is “systematisch aangewezen [...] op groei, innovatieverdichting en versnelling” (Rosa, 2016, p.115). In deze door *kunnen* (of haar synoniemen van consumeren, genieten en beleven) beheerste maatschappij die gericht is op positiviteit en gelukkig zijn (Han, 2022), lijkt er minder ruimte voor betekenisvol ouder worden of het uithouden bij de droevige, tragische kanten van het leven (denk hierbij aan bijvoorbeeld eenzaamheid door het weinig of geen ontvangen van bezoek, verdriet over de levensloop, gevoelens van voltooid leven etc.).

Zorgverleners in de intramurale ouderenzorg worden geconfronteerd met deze tragische kanten van het leven. Tragië die zij niet kunnen oplossen, terwijl dit impliciet wel van hen verwacht wordt (Spronk et al., 2016). Dit kan gevoelens van onmacht oproepen. Dit zou een bron kunnen zijn voor het gevoel niet voldoende aandacht te kunnen bieden en

daarmee aan het personeelsverloop in de zorg. Aandacht voor dit probleem is daarmee van maatschappelijk belang.

1.3 Wetenschappelijke probleemstelling

Het concept humanisering van de (ouderen)zorg resoneert met een gedeeld maar moeilijk te articuleren gevoel dat veel zorgverleners herkennen, namelijk het gevoel “iets te missen” als het gaat over de menselijke dimensie in de hedendaagse zorgpraktijk (Hansen et al., 2023).

Diverse modellen zoals geïnformeerde toestemming, vroegtijdige zorgplanning en *shared decision making* hebben de laatste vijftig jaar tegenwicht proberen te vinden op een te grote technologische of bedrijfsmatige logica in de zorg (Gastmans, 2021). Binnen de Nederlandse intramurale ouderenzorg is dit, sinds 2017, het model van persoonsgerichte zorg. Het model beoogt middels een constante dialoog tussen professional en cliënt (en diens naasten) zorg en ondersteuning “[...] optimaal aan [te laten] sluiten op de situatie van de bewoner” (Zorginstituut Nederland, 2021, p. 11), waarbij de wens van de bewoner leidend is.

Gastmans (2021) stelt terecht dat het respect voor de autonomie een van de grootste verworvenheden is van de gezondheidszorg. Toch is deze gerichtheid niet onproblematisch. Autonomie is volgens Rosa (2016) synoniem geworden voor een drang naar een permanente toename van keuzeropties. In die “wereld vol keuzemogelijkheden lijkt de zorg dan een individuele formule met opties die je kunt aanvinken.” (Gastmans, 2021, p. 12).

In de permanente uitnodiging onze behoeften, wensen en voorliefdes mede te delen is een sturende macht verborgen die zich weliswaar als vrijheid voordoet, maar in wezen een neoliberal geluksdiscours behelst (Han, 2022). Het is dit discours dat ook de oorspronkelijke visie op persoonsgerichte zorg, zoals beschreven door Tom Kitwood, heeft losgeweekt van haar oorspronkelijke humanistische waarden en heeft aangepast tot een model dat synoniem geworden is met een individualistische en consumentistische notie van zorg (Tieu et al., 2022).

Zorgethici hebben sinds de jaren '80 gewezen op het fundamentele karakter van interafhankelijkheid van het menselijk leven en de daaruit voortvloeiende zorgrelaties (o.a. Gilligan, 1982/2003; Tronto, 1993, 2013; Held, 2006). Zorg, vanuit zorgethisch perspectief, is nadrukkelijk een praxis en vindt haar normativiteit in de specifieke relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger binnen een bepaalde context (Tronto, 1993).

In het huidige model van persoonsgerichte zorg wordt zorg enkel nog als een doelgericht handelen geïmponeerd dat haar weerslag vindt in het zorgleefplan en als resultaat

heeft dat de bewoner zijn leven zo zelfstandig en prettig mogelijk vorm kan geven (Zorginstituut Nederland, 2021).

Deze doelgerichtheid wordt zichtbaar in de opbouw van het kwaliteitskader. Ieder thema wordt kort ingeleid, waarna de doelgerichte handelingen beschreven worden in een “zo doen we dat”. Persoonsgerichte zorg krijgt daardoor een sterk maakbaarheids-karakter, een stappenplan voor geluk en levenskwaliteit. In het kwaliteitskader wordt echter geen aandacht besteed aan elementen in de zorg die niet maakbaar of oplosbaar zijn, de eerdergenoemde tragiek.

Hoe zorgverleners met de onoplosbare, tragische kant van de levens waarmee ze worden geconfronteerd omgaan, is -met uitzondering van geestelijk verzorgers- nauwelijks onderzocht en er zijn ook geen institutionele programma's of handreikingen te vinden. Het lijkt erop dat de zorgverlener daar zelf een weg in moet vinden. Hier bestaat het risico dat de reactie van de zorgverlener op de tragiek in lijn is de dominante reactie in de maatschappij op pijn en lijden, namelijk het ontvluchten in plaats van erbij te kunnen blijven (Han, 2022). Zou dit, net als in de maatschappelijke probleemstelling, kunnen wijzen op een onderliggende oorzaak voor het personeelsverloop?

Han (2022) merkt daarentegen op dat blootstelling aan pijn of lijden een louterende werking kan hebben. Door de passiviteit van het lijden te ontvluchten, ontnemt de postmoderne mens zichzelf de mogelijkheid tot catharsis. Catharsis, een term uit de filosofie van Plato en Aristoteles, is het zuiverend effect van de zelfondervraging die in toeschouwers op werd opgeroepen door het bijwonen van een tragedie. Door het meeleven met de personages in de tragedie, konden emoties worden opgewekt en gereguleerd (dbnl.org, z.d.). In reactie op Han zou de vraag gesteld kunnen worden of een dergelijke catharsis in de verpleeghuissector waar tragiek en onmacht vaak aanwezig zijn, niet een belangrijke rol zou kunnen spelen in de zorg voor de zorgverlener? Vanuit zorgethisch oogpunt is hier nog geen onderzoek naar gedaan terwijl zorg voor de zorgverlener, die door zijn positie van hulpverlener ook kwetsbaar wordt (Kittay, 1999), een belangrijk element is in de zorgethische visie op zorg.

1.4 Onderzoeksvraag

Op welke wijze kan een zorgethisch begrip van catharsis bijdragen aan de humanisering van de ouderenzorg voor zorggevers en zorgontvangers?

Deelvragen

1. Hoe ervaren zorgverleners de confrontatie met onmacht en tragiek in de dagelijkse praktijk binnen de intramurale ouderenzorg van Zuyderland Care?
2. Op welke wijze kunnen ervaringen van zorgverleners die het evocatief narratief “Zie Mij” hebben bijgewoond in verband worden gebracht met het theoretische concept van catharsis?
3. Hoe kan het concept catharsis worden begrepen in het licht van de zorgethische literatuur?
4. Op welke wijze kan het concept catharsis bijdragen aan de humanisering van de ouderenzorg zoals deze gestalte krijgt binnen een neoliberal geluksdiscours?

1.5 Doelstelling

Dit zorgethisch onderzoek wil op theoretische en empirische wijze bijdragen aan de vraag naar omgang met tragiek door zorgverleners in de verpleeghuiszorg. Enerzijds door beter zicht te krijgen op hoe zorgverleners hier zelf mee omgaan en anderzijds door een bestaande methode (Zie Mij) te benaderen als een mogelijkheid tot catharsis. Door de zorgethische theorie te betrekken op het concept van catharsis, onderzoek ik of dit bij kan dragen aan zorg voor de zorgverlener en daarmee aan de humanisering van de intramurale ouderenzorg.

HOOFDSTUK 2 *Intermezzo*

In mijn functie als geestelijk verzorger bezocht ik een 58-jarige man. Hij verkeerde in het laatste stadium van COPD⁵, was extreem kortademig en aan het einde van zijn krachten. Hij kon niet meer en wilde vragen voor palliatieve sedatie, iets wat hij tot dusver steeds had afgehouden. Het gesprek ging moeilijk door zijn kortademigheid en ik merkte dat ik zelf benauwd werd door alleen maar getuige te zijn van zijn gevecht voor iedere ademteug. Hij worstelde met angst voor de dood én met het gegeven dat hij eigenlijk wilde wachten tot zijn zoon erbij kon zijn als hij zou gaan slapen, maar daar de kracht niet meer voor had. Zijn zoon moest zeker twee uur reizen naar het verpleeghuis. In het gesprek kwam de man tot de conclusie dat hij niet meer zo lang kon wachten, hij was op. De arts werd erbij geroepen en deze belde de verpleegkundige dienst om de sedatie in gang te zetten. Ik bleef bij de man om de komst van de verpleegkundigen af te wachten. Hij was bang omdat hij wist dat dit zijn laatste minuten waren die hij bewust zou meemaken. Die minuten verstreken langzaam, vechtend voor zuurstof. Eindelijk kwamen twee verpleegkundigen binnen. Met een vriendelijke glimlach en een enthousiast “Goedemiddag!” kwamen ze met flinke pas de kamer binnengelopen. Ze legden de benodigde attributen op een tafel, met de rug naar de man en mij, en begonnen hun voorbereidingen te treffen. Maar blijkbaar was er iets vergeten. De twee verpleegkundigen begonnen een discussie met elkaar over wie daar verantwoordelijk voor was. Na een korte discussie ging één van de twee -protesterend zuchtend- weer weg om het ontbrekende item op te halen. De tijd tikte door. De andere verpleegkundige ging verder met de voorbereidingen, in stilte, nog steeds met de rug naar ons toe. Toen na een vijftal lange minuten de andere verpleegkundige weer binnenkwam, werd behendig een vleugelnaldje in de arm van de man ingebracht en werd de perfusorpomp aangesloten. Toen vervolgens een eerste dosis slaapmiddel via een andere lijn werd toegediend -een zogenaamde bolus- kwam er wat rust in de ogen van de man. Er was geen weg meer terug. Enkele minuten later zakte hij in een diepe slaap. Drie uur later overleed hij, met zijn zoon aan zijn bed.

Leget (2023) merkt op dat wanneer we nadenken over humanisering van zorg, het nuttig kan zijn te beginnen met voorbeelden uit de praktijk. Bovenstaande situatie illustreert de fijnmazigheid van het concept humanisering. Is hier goede zorg geleverd? In zeker zin wel. De man wenste palliatieve sedatie, de arts erkende zijn behoefte en er werd snel gehandeld. De verpleegkundigen waren vriendelijk en -ondanks dat ze in hun haast iets vergeten waren- competent in het aansluiten van de perfusorpomp en het toedienen van de bolus. De medicatie

⁵ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch Obstructieve Long Ziekte).

was voldoende om de man snel in een diepe slaap te brengen. Maar toch zal menig lezer achterblijven met een knagend gevoel.

Het ligt wellicht voor de hand de verpleegkundigen te bekritisieren. Lukte het hun wel volledig aanwezig te zijn bij de taak die ze moesten vervullen? Misschien verraadt hun gehaaste pas en het vergeten van materiaal wel een werkdruk die dit aanwezig zijn in de weg stond? Of zou er nog iets anders mee kunnen spelen?

De beschreven situatie is er een op het scherpst van de snede wat maakt dat de subtiliteit van wat er gebeurt misschien wat ongrijpbaar blijft. Daarom nog een kort voorbeeld, wat minder zwaar maar wel vergelijkbaar.

Een bewoner van het verpleeghuis, ver in de tachtig en aan zijn stoel gekluisterd door vaatlijden in de benen, zonder sociaal netwerk en altijd wat op zichzelf, vroeg mij om een vertrouwelijk gesprek. Bij mijn binnenkomst zat hij zoals altijd in zijn stoel, door het raam kijkend naar vertrouwde bomenrij iets verderop. Hij stak meteen van wal. Hij had om mij gevraagd omdat hem iets op het hart lag wat hij niet zomaar tegen het verzorgend personeel kon vertellen, hij was immers -zo zei hij- afhankelijk van hen. Hij wilde hun niet tegen de borst stuiten en was op zich tevreden met de geboden zorg, maar hij kon er niet meer tegen! Hij werd naar eigen zeggen gek van de aaitjes over zijn bol en de klopjes op zijn rug. Hij begreep het allemaal wel, medewerkers wilden hem schijnbaar een goed gevoel geven als ze de altijd stille kamer binnenkwamen, maar hij voelde zich eerder gekleineerd. De man vertelde dat hij na een harde en moeilijke jeugd op zijn achttiende het leger in was gegaan. Hij was tot aan zijn pensioen onderdeel geweest van het Korps Commandotroepen en had veel, heel veel gezien en ook veel afgezien in zijn leven. De manier van bejegening paste gewoonweg niet bij wie hij was.

Ook in dit voorbeeld gaat het om humanisering en ook hier is het te gemakkelijk het verzorgend personeel te verwijten geen goede zorg te bieden. In beide voorbeelden moeten zorgverleners zich verhouden tot onmacht en tragiek. In het eerste voorbeeld lijkt het erop dat de confrontatie uit de weg wordt gegaan, in het tweede voorbeeld wordt de confrontatie wel aangegaan, maar op een manier die niet is afgestemd op de specifieke persoon.

HOOFDSTUK 3 *Theoretisch kader*

In dit theoretisch kader zal ik eerst enkele sociologische processen schetsen die de huidige tijd kenmerken en deze verbinden met bewegingen in de zorgpraktijk in Nederland en de relatie tot het concept humanisering. Vervolgens zal ik het concept tragiek nader uitwerken en dit plaatsen tegen de achtergrond van de Griekse tragedies en het concept catharsis. Tenslotte geef ik een korte introductie op de zorgethiek en beschrijf ik enkele thema's uit de zorgethische theorie die behulpzaam zijn bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

3.1 Sociologische processen

Vanaf de Verlichting tot ver in de twintigste eeuw is het grote westerse project van de moderne tijd geweest het ontworstelen van de individu aan de autoritaire en traditionele gegevens en de natuurlijke beperkingen van de omgevingswereld. Voor de moderne westerse mens werd 'zelf kunnen kiezen' de basis voor het goede leven. De belofte die steeds aan de horizon lag was die van een zelf beschikt leven binnen een wereld die binnen handbereik is gekomen (Rosa, 2016). De moderne mens wilde zelf bepalen hoe het persoonlijke leven ingericht moest worden. Een maatschappelijke welvaarts groei en toename van keuzemogelijkheden waren voorwaarden voor de moderne westerse mens om een authentiek en autonoom leven te kunnen leiden. Een ideaal dat na de beide wereldoorlogen een ongekende vlucht nam, mede door de technologische ontwikkelingen die de wereld daadwerkelijk binnen handbereik brachten.

De aanduiding 'laatmodern' voor de tijd waarin we nu leven werd geïntroduceerd door de socioloog Anthony Giddens (1991) en overgenomen door onder anderen Jan Baars (2006), Frans Vosman (2014) en Hartmut Rosa (2016, 2019). Deze benaming duidt erop dat de moderne tijd nog niet voorbij is (zoals bij postmodernisme) maar een fase in ingegaan van ongeëvenaarde dynamisering die maakt dat sociale praktijken voortdurend aan verandering onderhevig zijn (Baars, 2006). De laatmoderne tijd brengt een maatschappelijke versnelling waardoor nieuwe sociale interactievormen en nieuwe vormen van subjectiviteit ontstaan (Rosa, 2016). Een voorbeeld van een nieuwe sociale interactie is onmiskenbaar de sociale media. Als voorbeeld van een nieuwe vorm van subjectivering noemt Rosa de vervreemding van zichzelf, omdat de laatmoderne mens een steeds grotere kloof ervaart tussen wat hij wil en wat hij moet.

Waar autonomie in de moderne tijd nog een nastrevenswaardig ideaal was, een stip op de horizon maar nog lang niet voor iedereen een realiteit, is de laatmoderne westerse maatschappij volledig gefocust op zelf-realisatie van de mens, waarbij het 'goede leven'

wordt voorgesteld als een individualistische, autonome, zelf gekozen en authentieke levensstijl (o.a. Giddens, 1991; Beck, 1992; Taylor 1989, 2007). Zorgethici Vosman en Niemeijer spreken in dit verband zelfs van de morele imperatief van deze visie op autonomie (2017): er is een maatschappelijke druk autonoom te zijn.

3.2 Paradox van de laatmoderne tijd

In de laatmoderne maatschappij worden burgers geacht autonoom te zijn, maar tegelijkertijd is deze autonomie met zichzelf in tegenspraak. Niet eerder was de maatschappij zo sterk gereguleerd als onze huidige Westerse maatschappij (Vosman & Niemeijer, 2017). Bovendien brengt de laatmoderne maatschappij een verscheidenheid aan systemen voort die juist deze zelfrealisatie tegengaan (Laceulle, 2016). Een voorbeeld hiervan is de indicatiestelling die nodig is om in Nederland voor zorg in aanmerking te komen. Alhoewel mensen hierdoor zorg kunnen ontvangen en daardoor weer beter hun eigen leven vorm kunnen geven, past deze bureaucratische indicatie nooit helemaal op iemands individuele situatie, waardoor het ook weer beperkend werkt (Laceulle, 2016).

De paradox van de laatmoderne tijd is dan ook dat de nadruk op autonomie en individualiteit systemen voortbrengt die een sterke neiging hebben tot het standaardiseren van individuen binnen bepaalde sociale rollen, bijvoorbeeld ‘ouderen’ (Baars, 2006). Aan de oppervlakte lijken die rollen weliswaar in overeenstemming met het goede autonome, zelfgekozen leven, maar in werkelijkheid dient het op verholde wijze een economisch doel (Laceulle, 2016). Een voorbeeld hiervan is het Nederlandse begrip van de ‘participatie samenleving’. Hoewel voorgesteld als een ideaal dat passend is bij de laatmoderne mens, vanwege de toename aan individuele vrijheid en controle over het eigen leven, was het in werkelijkheid een verholde term voor grote bezuinigingen binnen het sociale domein (Fenger & Broekema, 2019; Laceulle, 2016).

3.3 Onzekerheid en veerkracht

De laatmoderne mens wordt gedomineerd door wat Rosa de ‘retoriek van het moeten’ noemt (2016). De individu heeft aan de ene kant het gevoel vrij te zijn, maar voelt zich aan de andere kant beheerst door een groeiend aantal maatschappelijke en professionele verplichtingen.

De laatmoderne maatschappelijke dynamisering wordt gekenmerkt door een voortdurende onzekerheid van positie (Rosa, 2019; Lorey, 2015) en werkt op zoveel manieren in op het leven van de individu, dat deze zich steeds moet herpositioneren (Rosa, 2019). Deze voortdurende herpositionering maakt dat de laatmoderne mens zich niet meer verweven kan

voelen met de wereld en zich daardoor in zekere zin ervaart als afgesloten (Rosa, 2019). Dit zorgt voor gevoelens van vervreemding, leegte, zinloosheid en instabiliteit (Laceulle, 2016).

De gevoelens die voortkomen uit het afgesloten zijn van de wereld roepen existentiële vragen op die geen weerklank vinden in de laatmoderne maatschappij met haar nadruk op risicobeheersing, controle en eigen verantwoordelijkheid (Laceulle, 2016). Er is nog maar weinig ruimte voor de contingente, niet-maakbare en vaak tragische dimensies van het bestaan. Negatieve gedachten en ervaringen moeten binnen de neoliberale ideologie van ‘veerkracht’ worden vervangen door positieve gedachten om zo weer bij te dragen aan eigen groei, observeert de Koreaans Duitse filosoof Byung-Chul Han (2022). In navolging van Michel Foucault (2018) ziet hij in deze dynamiek een verhulde vorm van machtsuitoefening met als economisch doel prestatieverhoging. Han is zeer kritisch op dit -wat hij noemt- neoliberaal geluksdispositief⁶ met als nieuwe machtsformule “Wees gelukkig!” (2022, pp. 19) en met een vocabulaire van positiviteit, *leanness* en *likes*.

Door de nadruk op positiviteit en zelfverwerkelijking wordt de laatmoderne mens afgeleid van de maatschappelijke misstanden omdat hij voortdurend bezig is met het vormgeven van zijn eigen leven (Han, 2022). Combineren we dit met de morele imperatief van autonomie, dan volgt daaruit logisch dat de laatmoderne Westerse mens zelf verantwoordelijk wordt geacht voor zijn geluk en het slagen van zijn leven. Geluk is maakbaar. Echter omdat geluk een privéaangelegenheid wordt, werkt dit isolerend en ondermijnt het de solidariteit in de samenleving. Zo blijven ook angsten en onzekerheden (die voortgebracht worden door de maatschappij) binnen het privédomein en worden ze geïnterpreteerd als resultaat van eigen falen (Han, 2022, p. 22).

3.4 Geluksdiscours

Machtsstructuren en discoursen zijn volgens Michel Foucault onlosmakelijk met elkaar verbonden (Mills, 2003). Een discours is “een typische samenhang van ‘theorieën’ (producten van wetenschappelijk onderzoek, beleidsnota’s en alledaagse discussies) enerzijds en ‘praktijken’ (in organisaties, instellingen en leefwerelden), anderzijds.” (Baars, 2010, p.417). Mills (2003) stelt het nog scherper; een discours moet gezien worden als een systeem dat structureert hoe wij de werkelijkheid waarnemen. Met andere woorden, een discours bepaalt

⁶ Een dispositief is in het denken van Michel Foucault een complex samenspel van machtsdiscoursen dat onze cultuur, relaties en instituties beïnvloedt (Boomfilosofie.nl, 2018).

wat als waar en onwaar wordt aangemerkt (Mills, 2003) en ordent de samenleving zowel talig, materieel en praktisch (Mol, 2006).

In de laatmoderne tijd kunnen we spreken van een geluksdiscours. De *nudges* tot zelfverwerkelijking, zelfrealisatie, wensenrealisatie (en daaruit voortvloeiend de belofte van een gelukkig leven) zijn alomtegenwoordig. Enerzijds zijn dit expliciete fenomenen als commerciële reclames, *social media* (gedreven door ‘likes’), *influencers* en de opmars van de *lifestyle coach*. Anderzijds werkt dit geluksdiscours meer impliciet door. In het geval van het ouder worden wordt bijvoorbeeld in gerontologische tijdschriften de weg naar ouderdom ingekaderd in ‘productief blijven’ of ‘actief en bezig’ blijven (Walker, 2010) en in beleidsdocumenten zoals bijvoorbeeld het eerdergenoemde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2021), worden autonomie, keuzevrijheid en wensenbevrediging als vaststaande constituerende waarden gepresenteerd. Het beleid baseert zich op gestandaardiseerde sociale rollen (zoals de ‘oudere’) en wordt geïnformeerd door gelijksoortige discoursen (van het goed/gelukkig oud worden) maar biedt geen ruimte aan wat Nussbaum (1986/2001) de tragische dimensie van het leven noemt, namelijk de existentiële kwetsbaarheid die met het leven gegeven is en waaraan we niet kunnen ontsnappen.

3.5 Othering

Het dominante geluksdiscours biedt maar één antwoord op de tragische dimensie van het leven, namelijk deze ten dienste stellen aan groei en prestatieverhoging. Is dit niet mogelijk dan treedt er een ander sociologisch proces in werking: de individu of de groep die niet meer mee kan wordt ‘ge-othered’, wordt als ‘anderen’ als het ware weggezet tegenover het ‘wij’ van de samenleving (Vosman, 2014). Deze ‘ander’ wordt representant van de niet-maakbare, tragische kant van het leven en boezemt daarom angst in (Laceulle, 2016). In het geval van ouderen wordt het gelukkig-ouder-worden-discours dan vervangen door een kwetsbaarheidsdiscours waarin de oudere sociaal en cultureel ‘ge-othered’ wordt en enkel nog als maatschappelijke last wordt gezien die veel zorggeld verbruikt zonder nog te kunnen bijdragen (Laceulle, 2016). Oud zijn wordt in een cultuur die geobsedeerd is door groei en vooruitgang, gemakkelijk als een tekortkoming gezien (Hertogh, 2023). De huidige discussies over de houdbaarheid van de ouderenzorg zijn hier een voorbeeld van.

Tot zover deze korte theoretische sociologische en filosofische verkenning van de processen die de laatmoderne Westerse maatschappij kenmerken. Zorgverleners binnen de intramurale ouderzorg werken niet in een vacuüm, maar zijn onderdeel van de geschetste sociologische processen. Daarbij zijn ze zelf ook kinderen van hun tijd en wordt hun

perspectief op de werkelijkheid gevormd door de dominante discoursen die ook in de zorg doorklinken.

3.6 Discoursen in de zorg

Hoogleraar politieke filosofie Annemarie Mol (2006) identificeert twee discoursen (zij noemt het logica's⁷) in de hedendaagse zorg die op spanning staan met elkaar, de *logica van het kiezen* en de *logica van het zorgen*. Beiden kent zij een normatief karakter toe omdat ze gericht zijn op morele activiteiten. In de logica van het kiezen, gefundeerd in het ideaal van de autonome mens, is het vellen van eigen waardeoordelen over wat goed is de morele activiteit bij uitstek. In dit discours is de patiënt een cliënt op de markt van zorg waarbij deze zich bedient van argumenten (voor en tegen) om te komen tot de keuze voor goede zorg. De logica van het zorgen daarentegen is gericht op het verbeteren van de dagelijkse levens van patiënten en het achterhalen van wat dat verbeteren voor deze patiënt, in zijn of haar situatie, dan concreet betekent. In dit discours gaat het niet om argumenten, maar om het uitwisselen van verhalen, waarbij er een belangrijke plaats is voor onzekerheid en het niet hebben van controle. In de logica van het kiezen gaat het om vrije actoren (die wel de verantwoordelijkheid dragen voor hun keuzes), in de logica van het zorgen draait het om wederzijdse afhankelijkheid. Mol geeft aan dat de logica van het kiezen in deze tijd het dominante discours vormt, waardoor goed zorgen in de knel komt. De logica van het kiezen heeft tot gevolg dat zieken meer gemarginaliseerd worden, allerlei vormen van verwaarlozing buiten zicht dreigen te raken, lichamelijke en ziekte bijna ondenkbaar worden en de kloof tussen 'wij' en de 'ander' alleen maar groter wordt.

Professor in *social work*, Randi Kroken (2023) wijst erop dat het neoliberalisme met haar nadruk op autonomie, individualiteit, prestatieverhoging en economisering de fundamentele waarden van het werken in de zorg heeft ondermijnd. In de afgelopen jaren is hier weliswaar een tegenbeweging in te herkennen door bijvoorbeeld de Governance Code Zorg (BoZ, 2021), waaraan bestuurders binnen de zorgsector zich conformeren om goede

⁷ Mol gebruikt het woord logica omdat het haar niet gaat "om de vraag sociomateriële ordeningen totstandkomen en welke machten daarbij aan het werk zijn" (Mol, 2006, p. 17) maar richt zich op de "aard van de samenhang binnen de bestudeerde ordeningen" (ibid.) wat ze ook een stijl, rationale of ideologie noemt. Deze scheiding voelt voor mij wat geforceerd, omdat de door haar genoemde 'machten' voortdurend inwerken op de samenhang waar ze zich op richt. Een stijl, rationale of ideologie is naar mijn mening niet een statisch iets, iets wat tot stand gekomen is, maar een dynamisch gebeuren dat steeds tot stand komt. Deze typering past in de uitleg die Foucault (2018) geeft aan de term discours. Ik gebruik in de bespreking van Mol de termen daarom door elkaar.

zorg te waarborgen en maatschappelijke doeleinden en vertrouwen te realiseren. Toch heeft het neoliberale discours volgend Kroken (2023) nog steeds grote invloed omdat het geïnternaliseerd is op cultureel en existentieel niveau, het wordt als een vanzelfsprekende werkelijkheid ervaren. Het neoliberalisme vormt maatschappijen om tot passend binnen de marktlogica (Tronto, 2017), de zorg niet uitgezonderd. De vanzelfsprekendheid die Kroken benoemt, wordt door wijlen politiek en cultureel theoreticus en filosoof Mark Fisher (2009/2024) ‘kapitalistisch realisme’ genoemd, wat hij beschrijft als “het wijdverbreide gevoel dat het [neoliberale] kapitalisme niet alleen het enige levensvatbare politieke en economische systeem is, maar ook dat het nu zelfs onmogelijk is om je een coherent alternatief voor te stellen” (2009/2024, p. 115). Het kapitalistisch realisme heeft, volgens Fisher, “[de afgelopen dertig jaar] een ‘zakelijke ontologie’ geïnstalleerd, waarin het *simpelweg vanzelfsprekend* [cursief in origineel] is dat alles in de maatschappij, inclusief gezondheidszorg en onderwijs, moet worden gerund als een bedrijf.” (2009/2024, p. 32).

In de zorg geven medewerkers aan dat de neoliberale taal en logica van efficiëntie, productie en standaardisering een haast-cultuur heeft teweeggebracht die maakt dat ze zich afgesloten voelen van hun waarden als zorgprofessional, waardoor de zorg als geheel gedehumaniseerd wordt (Hansen et al, 2023). De existentiële en ethische dimensies van de zorg raken uit zicht en door de gehaaste, calculerende, probleem-oplossende ‘doe’-modus die in de zorg verwacht wordt, raken zorgverleners verwijderd van zichzelf en de levens van patiënten (Hansen et al, 2023). Filosoof en ethicus Henk Manschot (2003) stelt vast dat de professionele hulpverlening steeds meer is gaan richten op problemen waar iets aan gedaan kan worden. Tragische situaties passen daar niet in. Maar ook al is de cultuur van de zorg er een van oplossen en doen, de realiteit is dat medewerkers wel degelijk regelmatig worden geconfronteerd met tragiek. De omgang hiermee kan zowel “menvormend als mens misvormend” (Manschot, 2003, p 226) zijn.

Internationaal onderzoek van cognitiewetenschappers Merlo et al. (2020) toont aan dat zorgmedewerkers die in hun dagelijkse zorgwerk direct of indirect regelmatig blootgesteld worden aan tragische situaties die zwaar drukken op emotioneel en psychologisch gebied en daar niet voldoende aandacht aan besteden, onderdrukkings- en rationaliseringsmechanismen ontwikkelen om zichzelf te beschermen tegen deze emoties. Dit maakt hen op den duur zelf kwetsbaar voor bijvoorbeeld compassiemoedigheid en burn-out. Het onderzoek toont aan dat zorgmedewerkers die dagelijks zorgactiviteiten uitvoeren eerder terugvallen op deze onderdrukkingsmechanismen, waarbij een lagere opleiding dit versterkt. Professionals met een langere training hebben meerdere coping mechanismen tot hun beschikking.

3.7 Tragiek

Professor sociale psychologie Ronnie Janoff-Bulman beschrijft in haar veel geciteerde werk ‘Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma’ (1992) drie basis-aannames van waaruit mensen leven: de wereld is goed, de wereld heeft betekenis en ik doe ertoe. Deze aannames zijn diep in onze psychologische structuur geworteld en maken dat we in de wereld kunnen functioneren. Deze aannames maken ook dat we in een zekere ‘illusie van onkwetsbaarheid’ (p.51) leven en de wereld met vertrouwen tegemoet treden. We zijn eerder geneigd de werkelijkheid aan te passen aan onze aannames, dan andersom. Er zijn echter gebeurtenissen die ons overkomen waarbij het niet lukt onze aannames in stand te houden. Dit zijn ervaringen van trauma. Janoff-Bulman beschrijft trauma als ervaringen waarin zelfbehoud van de persoon of het leven zelf bedreigd worden. Ook getuige zijn van traumatische ervaringen van personen waar we mee in relatie staan, kunnen de basis-aannames bedreigen of verbrijzelen (*shatter*). Merlo et al. (2020) beschrijven in hun onderzoek dat (herhaaldelijk) blootgesteld worden aan het lijden van anderen die te maken hebben met traumatische ervaringen kan leiden tot lichamelijke en psychische klachten en vermindering van kwaliteit van het eigen leven. In de Nederlandse literatuur wordt dit secundaire traumatisering genoemd (Donk, 2001).

Tragische gebeurtenissen zetten onze ‘illusie van onkwetsbaarheid’ onder druk, omdat tragiek juist alles te maken heeft met de kwetsbaarheid van het leven (Nussbaum, 1986/2001). In tegenstelling tot de menselijke basis-aannames die Janoff-Bulman beschrijft, is de wereld niet altijd goed, gebeuren er dingen die we als zinloos ervaren en hebben mensen ervaringen van ongeluk, verwaarlozing, vernedering, uitzichtloosheid etc. In tragische ervaringen (maar ook in het getuige zijn ervan) is er sprake van een spanning tussen dat wat de mens meent zelf tot stand te kunnen brengen (*agency*) en dat wat ons overkomt en toevallig is (*contingency*) (Nussbaum, 1986/2001). Ervaringen van contingentie ondermijnen ons vertrouwen in de wereld en werpen existentiële vragen op (als het niet had hoeven gebeuren, waarom gebeurt dit dan?) (Hartog et al., 2020). Ervaringen die, zoals we hierboven hebben gezien, voor de laatmoderne mens problematisch zijn door de overmaat aan positiviteit en de nadruk op het werkwoord kunnen (Han, 2017). “De cultuur van de welgevalligheid mist de mogelijkheid tot *catharsis*” (Han, 2020).

3.8 Tragedie en catharsis

Ervaringen die ons overkomen, zonder dat we daar controle over hebben, stonden centraal in de Griekse tragedies uit de oudheid. Een tragedie was een toneelspel “over de vraag hoe

mensen in het reine proberen te komen met wat hen overkomt, met onverdiende tegenslagen, geweld of onomkeerbaar leed” (Manschot, 2003, p. 226). In de *Poëtica* (Aristoteles, ca. 335 v.Chr./2019) beschrijft Aristoteles de essentie van de tragedie. Hier zullen enkele citaten worden overgenomen die relevant zijn voor dit theoretisch kader.

De tragedie is . . . de uitbeelding van een serieuze en afgeronde handeling van enige omvang, in op smaak gebrachte taal, waarvan verschillende ingrediënten gebruikt worden in specifieke onderdelen van het stuk, met handelende personages zonder tussenkomst van een verteller, waarbij door medelijden en vrees een *verlichting* [nadruk toegevoegd] van dergelijke emoties wordt bewerkstelligd. (p. 56)

De tragedie is . . . geen uitbeelding van mensen, maar van handelingen en leven, en voor- en tegenspoed zijn binnen die handeling gesitueerd, dus het doel is een handeling, niet een hoedanigheid. Hoe mensen zijn wordt bepaald door hun karakter, maar of het goed of slecht met hen gaat hangt af van hun handelingen. (p. 57)

. . . het [is] niet de taak van de dichter . . . te spreken over dingen die gebeurd zijn, maar over dingen die kunnen gebeuren en die dus, gezien de wetten van de waarschijnlijkheid en de noodzakelijkheid, mogelijk zijn. (p. 62)

Het Griekse woord voor de ‘verlichting van dergelijke emoties’ uit het eerste citaat is *Katharsis* (Nederlandse spelling: catharsis). Catharsis is het doel van de tragedie (p. 18), al legt Aristoteles zelf niet uit wat hij hiermee bedoelt. Het is dan ook een onderwerp van een langslpend debat (p. 29). De inleiding van de *Poëtica* beschrijft een viertal interpretaties en concludeert dat zowel de intellectueel-didactische (het leren emoties in de juiste verhouding te doseren) als de emotioneel-reflectieve benadering (bevrijdend loslaten van angst en medelijden in de veilige omgeving van het theater) het dichtst bij de opvattingen van Aristoteles over emotie en uitbeelding komen. In plaats van het vaak gebruikte ‘reiniging’ (wat zou suggereren dat emoties slecht zijn, wat wel door Plato maar niet door Aristoteles werd gedacht) kiezen de Nederlandse vertalers dan ook voor ‘verlichting’ als vertaling van *Katharsis*.

Echter, het begrip catharsis heeft een langere geschiedenis dan enkel bij Aristoteles. Martha Nussbaum (1986/2001) duidt de betekenis doorheen de Griekse oudheid als

‘verheldering’ maar merkt op dat het pas bij Plato en Aristoteles onderdeel wordt van de filosofie. Beiden benaderen het begrip echter op een eigen onderscheiden wijze.

Voor Plato is catharsis een puur rationeel begrip. Om tot verheldering (uitgelegd als het ware kennen) te komen, wordt de rede gebruikt om de ziel te zuiveren van blokkades (Nussbaum 1986/2001). De geëigende methode is hier de dialoog. Door verschillende personages op te voeren die verschillende, rationele standpunten innemen over een kwestie, wordt de lezer uitgedaagd aan zelfonderzoek te doen om de bepalen met welk standpunt hij zich het meest verwant voelt (Solbakk, 2006). Catharsis is voor Plato verstandelijke verheldering (Nussbaum (1986/2001).

Aristoteles verbindt catharsis aan een ‘verfijnde perceptie’ die de best mogelijke vorm van menselijk oordelen is (Nussbaum, 1986/2001). Catharsis draagt bij aan een goed leven (*eudaimonia*) omdat het de mens leert zich te verhouden tot het noodlot (Nussbaum, 1986/2001). Aristoteles positioneert catharsis daartoe in de emotionele sfeer. De tragedie is bij hem een weg tot catharsis omdat het emoties opwekt bij de toeschouwer die tot het morele domein behoren (Solbakk, 2006b). Deze emoties in een veilige omgeving kunnen ervaren en uiten, helpt bij een reflectie op onze morele waarden die voor Aristoteles dus niet (geheel) rationeel zijn (Nussbaum, 1986/2001). Balans en verhouding zijn cruciaal binnen het begrip van catharsis. “Als we teveel angst voelen zijn we laf, als we te weinig angst voelen zijn we overmoedig” (Aristoteles, ca. 335 v.Chr./2019, p. 28). Catharsis heeft een moreel karakter en is passend binnen de Aristotelische deugdethiek.

Vanwege het morele karakter, de rol van emoties en het perspectief op handelen als praxis (een afgewogen combinatie van karakter, denken, doelgerichtheid en betekenis) biedt met name het Aristotelische begrip van catharsis aanknopingspunten met de zorgethische theorie.

3.9 Zorgethiek

De hierboven genoemde sociologische processen en hun invloed op de zorg worden bekritiseerd door de zorgethiek. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben feministische theoretici de term zorgethiek (*care ethics*) gebruikt om een relationele benadering van moraliteit te beschrijven die niet afhankelijk is van beoordelingsrubrieken zoals regels of consequenties (Hamington, 2012). Waar het concept zorg aanvankelijk nog met meer feminiene waarden als vriendelijkheid en toewijding werd verbonden, ontwikkelde zorgethiek zich al redelijk snel tot een maatschappelijke en politieke visie op zorg (Leget et al., 2017). De hedendaagse zorgethiek kenmerkt zich door een multidimensionale

epistemologie, gegrond in praktijken, waarbij niet alleen ruimte is voor de rede, maar ook emoties en andere bronnen van kennis gewaardeerd worden (Van Dijke et al., 2023) en waarbij in het bijzonder aandacht is voor het belang van relationaliteit en machtsposities (Vosman & Niemeijer, 2017).

Binnen de context van de Utrechtse Zorgethiek, zoals deze wordt vormgegeven door de Vakgroep Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek, wordt zorgethiek omschreven als een interdisciplinair onderzoeksveld, gedreven door maatschappelijke vragen, waarbij de centrale vraag ‘wat is goede zorg gegeven deze particuliere situatie?’ wordt benaderd door zowel conceptueel als empirisch onderzoek die in een dialectische relatie staan tot elkaar (Zorgethiek.nu, 2015). Het concept zorg wordt benaderd als een sociale praktijk. Daaruit volgt dat zorgethiek niet alleen oog heeft voor de personen die zorg ontvangen, maar ook voor diegenen die zorg bieden.

Eva Feder Kittay beschrijft in haar werk *Love’s Labor* (1999) de kwetsbaarheid van zorgverleners (door haar *dependency workers* genoemd). Door zorg te bieden aan afhankelijke personen, worden zorgverleners zelf kwetsbaar, vanwege de morele verantwoordelijkheid die een afhankelijkheidsrelatie (en hun positie daarin) met zich meebrengt. Maatschappelijk gezien worden mensen als gelijk beschouwd, maar in de afhankelijkheidsrelatie staat deze gelijkheid onder druk en dit beperkt de morele vrijheid van de zorgverlener. Op deze rust een morele claim van de zorgontvanger (door haar *charge* genoemd). Kittay stelt dat vanwege deze afhankelijkheidsrelatie de zorgverlener ondersteuning nodig heeft van buiten de relatie, om deze kwetsbaarheid op te heffen. Deze morele verantwoordelijkheid van derden is onlosmakelijk onderdeel van de morele dimensie van de afhankelijkheidsrelatie, maar in een maatschappij waarin personen gezien worden als gelijk, vrij en autonoom is dit problematisch. De kwetsbaarheid van de zorgverlener wordt zo verplaatst naar het privé domein. Wanneer we de menselijke conditie als interafhankelijk beschouwen, kan dit probleem volgens Kittay ondervangen worden, een notie die fundamenteel is voor de zorgethiek.

Vosman en Niemeijer (2017) wijzen erop dat de noties van macht en relationaliteit die aan de basis staan van de zorgethiek, in deze laatmoderne tijd in een meer complexe en verholde vorm aanwezig zijn dan bij de aanvang van de zorgethische theorievorming in de jaren tachtig. Door bijvoorbeeld macht te blijven zien als een vorm van het opleggen van de wil op anderen, is er het risico dat zaken buiten zicht blijven, omdat in de laatmoderne tijd macht zich hult in wat hierboven een geluksdiscours is genoemd (Han, 2022). Een meer vruchtbare weg voor de zorgethiek, zo stellen de auteurs, is het concept precariteit als

zoeklens te gebruiken om in praktijken van zorg op abductieve⁸ wijze te analyseren wat zich aandient in relaties en posities. Precariteit wordt door Vosman en Niemeijer voorgesteld als een breed concept dat wordt voortgebracht door de laatmoderne sociologische processen en alles te maken heeft met huidige en toekomstige onzekerheid van personen over hun positie in de maatschappelijke orde. Binnen dit concept vallen ook de processen van ‘*othering*’ en het zich voortdurend moeten herpositioneren van mensen, zoals hierboven reeds beschreven (paragraaf 3.3).

Een onderwerp dat nauw verwant is met bovenstaande is het concept van empathie. Van Dijke et al. (2023) onderschrijven de bezorgdheid van eerdere zorgethici dat de heersende definitie van empathie niet volstaat om het probleem van ‘*otherness*’ adequaat te adresseren. Binnen het zorgdomein wordt empathie geconceptualiseerd als het rationeel begrijpen van ervaringen van een ander, zonder emoties aangezien die een objectieve houding in de weg zouden staan. Dit is problematisch wanneer zorgmedewerkers geconfronteerd worden met ‘anderen’, omdat de rationele benadering dan tekortschiet. Hoe kan iemand een ervaring begrijpen die hij of zijzelf (nog) niet heeft ondergaan? Zorgprofessionals zijn dan geneigd zichzelf te projecteren in de situatie van de ander, waardoor er geen oog is voor belangrijke verschillen. Eigen vooronderstellingen en vooroordelen kunnen dan onbewust het proces van ‘*othering*’ versterken. Met het oog op de sociologische processen hierboven (paragraaf 3.4) beschreven, moet in deze context ook de laatmoderne moeilijkheid met en neiging tot het zich onttrekken aan lijden worden meegenomen.

Van Dijke et al. (2023) werken in hun artikel een zorgethische visie op empathie uit als een relationeel construct dat zich op radicale wijze verbindt met de ‘ander’ als ander⁹, waarbij eigen vooronderstellingen en vooroordelen worden herkend, erkend en overwonnen. Er is een grote behoefte aan empathie-onderwijs dat voorbijgaat aan de huidige vormen van rationele en gestandaardiseerde oefeningen, maar dat zorgmedewerkers uitnodigt gevoeligheid, emotie-regulatie en zelfzorg te ontwikkelen. Elementen die ook herkenbaar zijn in het Aristotelische concept van catharsis.

⁸ Abductie is een redeneervorm (net als deductie en inductie) waarbij een mogelijke verklaring voor een (onverwacht) verschijnsel als de meest waarschijnlijke wordt gekozen (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021).

⁹ Ter verduidelijking: de ‘ander’ als ander kunnen zien is het doorbreken van het genoemde ‘*othering*’. In ‘*othering*’ behoort de ander tot de categorie van de ‘anderen’ die tegenover het ‘wij’ wordt geplaatst en is in die zin bedreigend. De ‘ander’ als ander kunnen zien, duidt op de andere mens in zijn eigen uniciteit, met zijn eigen ervaringskaders en historisch en culturele gesitueerdheid te kunnen zien en waarderen.

Een laatste belangrijk inzicht dat ontstaan is binnen de zorgethische theorievorming, komt van professor in de filosofie Margaret Urban Walker. In haar artikel '*Keeping Moral Space Open, new images of ethics consulting*' (1993) pleit zij voor een herpositionering van de rol van ethici in zorginstellingen. Zij richt zich met name op de hectiek van het ziekenhuis, maar de kern van haar ideeën is ook toepasbaar op de verpleeghuissetting. De rol van ethici zou niet die van expert moeten zijn die vanuit een autoritaire rol ethische theorieën of abstracte waarden kan toepassen op een voorliggend moreel probleem, maar in plaats daarvan zou de ethicus de rol van mediator moeten vervullen. Walker is kritisch op de ethiek als een onpersoonlijke, deductief gemodelleerde theorie en oplossingsdiscipline, maar plaatst ethiek daarentegen binnen een narratief en contextueel kader. Om morele problemen te begrijpen is het nodig de geschiedenis van relaties, de sociale omstandigheden en praktijken in ogenschouw te nemen (voor een verdere uitwerking, zie paragraaf 6.2).

Walker beschrijft het belang van morele ruimtes binnen zorgorganisaties. Ruimtes waarbinnen gezamenlijk kan worden nagedacht over morele onderwerpen zoals bijvoorbeeld verantwoordelijkheid, en waar de morele gemeenschap die een zorginstelling is, het gesprek over 'het goede' kan blijven voeren. Zij ziet het als de taak van ethici deze metaforische ruimtes open te houden.

In het artikel van Walker ligt de nadruk met name op ethische besluitvorming bij dilemma's, maar zij spoort ook aan tot het vinden van andere vormen waarin een morele ruimte kan worden ontworpen, passend bij de organisatiesetting en haar morele gemeenschap.

In de intramurale ouderenzorg bestaan dergelijke morele ruimtes vooral uit het organiseren van moreel beraden. De waarde van dergelijke overleggen wordt niet onderschat, maar zoals Liaschenko et al. (2005) aangegeven moet er naast 'crisis-issues' ook aandacht zijn voor het morele karakter van 'huishoud issues'. Crisis issues karakteriseren zich door relevante en acute beslissingen, terwijl huishoud-issues gekarakteriseerd worden door trivialiteit en gaan over dagelijkse situaties in de zorg die in de tijd voortduren en alles te maken hebben met karakter en relaties (Warren, 1989). Het zijn geen levensbedreigende zaken, maar ze weerspiegelen wie we willen en kunnen zijn. In de ouderenzorg gaat het in morele zin vaker over huishoud-issues, dan over crisis issues.

HOOFDSTUK 4 *Onderzoeksmethode*

4.1 Onderzoeksbenadering

De Utrechtse zorgethiek kenmerkt zich door een onderzoeksbenadering die stoelt op theoretisch en kwalitatief-empirisch onderzoek, die in een dialectische relatie tot elkaar staan (Leget et al., 2017). Door inzichten uit de zorgethische literatuur -opgedaan binnen een decennialange interdisciplinaire discussie rondom het concept van zorg- te betrekken op bevindingen uit diverse vormen van kwalitatief-empirisch onderzoek en vice versa, probeert zorgethisch onderzoek de sleutelvraag te beantwoorden wat goede zorg is, gegeven deze particuliere situatie (zorgethiek.nu, 2015). Omdat de zorgethiek vertrekt vanuit een (sociaal-constructivistische) morele epistemologie die stelt dat betekenissen van moraliteit sociaal en cultureel ingebed zijn, bedient de Utrechtse zorgethiek (naast het theoretisch onderzoek) zich van kwalitatief-empirische onderzoeksmethoden die zich richten op geleefde ervaringen, zorgpraktijken en de ordening van de samenleving (Leget et al., 2017). Een van deze onderzoeksmethoden is de fenomenologie.

De fenomenologie als onderzoeksmethode vindt haar oorsprong in de gelijknamige filosofische stroming¹⁰. Meer recent zijn er verschillende onderzoeksmethoden ontwikkeld die

¹⁰ De fenomenologie als filosofische stroming wordt in het algemeen toegeschreven aan Edmund Husserl (1859-1938) en Martin Heidegger (1889-1976). Husserl wordt gezien als de intellectueel vader van de fenomenologie en definieerde deze als een descriptieve filosofie van de essentie van de pure ervaring. Zijn filosofisch project bestond eruit deze essenties in hun primordiale oorsprong te vangen, zonder tussenkomst van interpretatie, uitleg of theorie (Van Manen, 2016). De wiskundige Husserl beschreef daartoe een aantal 'reducties' (van *re-ducere* (Lat.); terugvoeren naar) die er allereerst toe moesten leiden onze alledaagse vooronderstellingen en theorieën 'tussen haakjes te plaatsen' (*bracketing*) om zo een fenomeen (van *phai noumenon* (Gr.); dat wat verschijnt) dat zich aan ons bewustzijn voordoet, in haar essentie te kunnen beschrijven. Husserl stelde dat een fenomeen alleen benaderd kan worden door de ervaring van het bewustzijn (bewustzijn is altijd bewustzijn van iets) en dat deze ervaring van een fenomeen enkele invariabele elementen bevat die door alle mensen worden herkend. Op deze wijze trachtte Husserl de vraag te beantwoorden hoe menselijke kennis ontstaat (Van Manen, 2016). De benadering van Husserl kan dus niet binnen het sociaal-constructivistisch paradigma worden geplaatst, omdat deze benadering de essentie van fenomenen als kenbaar acht door los te komen van eigen (culturele en historisch geïnformeerde) vooronderstellingen en opgedane kennis. Dit is anders bij Martin Heidegger.

Martin Heidegger, een leerling van Husserl, bekritiseerde de Husserliaanse opvatting van de mogelijkheid tot het geheel buitensluiten van eigen vooronderstellingen, opvattingen en theorieën. Heidegger verplaatste de aandacht van de epistemologie (wat is geldige kennis?) naar de ontologie (wat kan ik kennen?). In zijn werk *Zijn en Tijd* (2018/1927) omschrijft Heidegger het menselijk subject als 'erzijn' (*Dasein*) teneinde de onlosmakelijkheid van de 'in de wereld geworpen' mens met zijn omgeving te benadrukken. In tegenstelling tot

zich baseren op de fenomenologische filosofie, waaronder *Reflective Lifeworld Research* (Dahlberg et al., 2001/2011), *Phenomenology of practice* (Van Manen, 2016) en *Interpretative Phenomenological Analysis* (Smith et al., 2022). Voor deze laatste methode is gekozen binnen dit onderzoek en zal verder worden uitgewerkt.

4.2 Onderzoeksmethode

Naast een literatuuronderzoek met als doel een (hierboven gepresenteerd) theoretisch kader te creëren, is de kwalitatief-empirische onderzoeksmethode van de *Interpretative Phenomenological Analysis* (verder IPA) aangewend om interviews met respondenten methodologisch te analyseren. Deze analyse is erop gericht de ervaringen van de respondenten met tragiek en onmacht binnen hun zorgpraktijk enerzijds en met het evocatief narratief Zie Mij anderzijds, te begrijpen en op thema's te vergelijken. IPA van Smith, Flowers en Larkin (2022) is een fenomenologische onderzoeksmethode die aanvankelijk werd ontwikkeld binnen de psychologie als een kwalitatieve methode die zich richt op de geleefde ervaring en toegekende betekenis van personen bij belangrijke gebeurtenissen in hun leven, maar die ook buiten de psychologische discipline weerklank heeft gevonden.

De IPA put uit drie invloedsvelden die binnen de methode op elkaar betrokken worden. Ten eerste de fenomenologie, waarbij, zoals hieronder wordt uitgelegd, elementen uit de filosofie van Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty en Sartre worden gebruikt. Ten tweede de hermeneutiek, waarbij de IPA zich laat inspireren door het werk van Schleiermacher, (wederom) Heidegger en Gadamer. Ten derde de idiografie, de gerichtheid op het

Husserl stelt hij dus niet het bewustzijn centraal, maar de menselijke existentie (Van Mazijk, 2021). Deze existentie, het 'erzijn' als een onlosmakelijkheid van bewustzijn, lichaam, tijd en plaats, maakt dat de mens niet uit de concrete wereld kan stappen waarin hij is opgenomen. We kunnen geen onbevooroordeeld standpunt innemen dat, zoals Husserl beweerde, door *bracketing* kan worden bewerkstelligd. De wereld was er al voor het 'erzijn' erover gaat denken, en het denken wordt geïnformeerd door allerlei voorgegeven culturele en historische betekenissen die wij als vanzelfsprekend aan de wereld toekennen en waardoor wij deze begrijpen. Van zuiver objectief begrijpen kan volgens Heidegger geen sprake zijn, het blijft altijd interpretatie. Heidegger introduceert daarmee de hermeneutische fenomenologie. Deze benadering valt wel te plaatsen binnen het zorgethische sociaal-constructivistisch paradigma.

Sinds Husserl en Heidegger zijn er invloedrijke denkers geweest die een eigen perspectief hebben geboden op het fenomenologisch filosofisch project (onder anderen Maurice Merleau-Ponty die de nadruk legde op het subjectieve lichaam als toegang tot ervaringen, Jean-Paul Sartre die de aandacht vestigde op de voorwaarde van aanwezige of afwezige relaties in betekenisgeving en Emmanuel Levinas die het startpunt van de ethiek in de verantwoordelijkheid voor de Ander plaatste).

afzonderlijke (Smith et al., 2022, pp. 8-25). Door deze combinatie van invloeden heeft IPA een andere focus dan bijvoorbeeld Dahlberg of Van Manen. Deze laatsten proberen door middel van de menselijke ervaring toegang te krijgen tot kennis van het fenomeen zelf, terwijl IPA zich enkel richt op en beperkt tot de menselijke ervaring. Om deze reden heeft deze methode ook de kritiek gekregen geen echte fenomenologie te zijn (Van Manen, 2016). De auteurs zelf stellen echter dat het gedetailleerde onderzoek naar de menselijke geleefde ervaring en de mogelijkheid deze vrij van bestaande categorieën tot expressie te brengen, de IPA-methode juist wel fenomenologisch maakt (Smith et al, 2022, p. 26).

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag is de IPA-methode zeer geschikt, omdat daarmee niet onderzocht wordt wat de essentie van bijvoorbeeld het fenomeen tragiek is, maar wel hoe zorgmedewerkers een dergelijk fenomeen beleven en hoe ze daar in hun geleefde praktijk betekenis aan geven. Een ervaring is voor IPA dus niet zomaar iets wat mensen overkomt, maar via het begrijpen van particuliere ervaring wil de methode van IPA de betekenisrelatie tot de wereld blootleggen (Smith et al, 2022, p. 17). De methode bedient zich dus van een dubbele hermeneutiek; de onderzoeker probeert betekenis te geven aan de wijze waarop de respondent betekenis geeft aan een gebeurtenis/ervaring etc. (Smith et al, 2022, p. 29). Het door Husserl beschreven *bracketing*, het tussen haakjes plaatsen van voorkennis, speelt in IPA weliswaar een rol, maar op een meer dynamische manier die geïnspireerd is door Heidegger en Schleiermacher; de onderzoeker probeert voortdurend bewust te zijn van eigen vooronderstellingen en deze te parkeren, maar wordt zich daar pas echt bewust van in het analyseproces zelf. *Bracketing* binnen de IPA is daarom een cyclisch proces van contact met de data, reflectie, weer onderdompeling in de data, weer reflectie enzovoort waarbij het geheel en de delen van het interview op een dynamische wijze op elkaar betrokken worden om zo een dieper begrip te verkrijgen (de zogenoemde hermeneutische cirkel), waarbij onderkend wordt dat volledig vrij zijn van zogenaamde voor-structuren van kennis onmogelijk is (Smith et al, 2022, p. 20).

4.3 Dataverzameling theoretisch onderzoek

Voor het literatuuronderzoek is geen vooraf gedefinieerde methodologie gebruikt maar om een eerste richting aan te brengen in de identificatie en selectie van relevante bronnen werd gebruikt gemaakt van *sensitizing concepts*, dit zijn “globale noties en ideeën die nog niet voldoende zijn uitgewerkt” (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p.39). Gedurende het gehele onderzoek hebben deze concepten steeds als een ‘lens’ gefungeerd waarmee ook naar de empirische resultaten is gekeken. Deze *sensitizing concepts* waren:

Kwetsbaarheid van de zorgverlener

Omdat een zorgrelatie altijd een asymmetrie in zich draagt met betrekking tot afhankelijkheid, rust er een morele verantwoordelijkheid op de zorgverlener (Kittay, 1999). Dit kan zorgverleners kwetsbaar maken. Binnen dit onderzoek staan de ervaringen van de zorgverleners centraal. Dit *sensitizing concept* heeft als doel mij als onderzoeker gevoelig te houden voor de positie van de zorgverlener.

Kwetsbaarheid is tevens een van de *critical insights* (gedeelde inzichten)¹¹ binnen de zorgethiek, die richting geven aan het zorgethische theorievorming (Leget et al., 2017).

Relationaliteit

Binnen de zorgethiek wordt zorg benaderd als een sociale praktijk, gegrond in de relatie tussen zorgverlener en -ontvanger (Leget et al., 2017). Dit *sensitizing concept* (en tevens zorgethisch *critical insight*) had tot doel aandacht te blijven houden voor de wijze hoe relaties in de zorgpraktijk vorm krijgen, maar ook hoe maatschappelijke processen deze relaties beïnvloeden.

Affectiviteit

Omdat het zorgethisch denken uitgaat van de relationaliteit tussen zorgverlener en zorgontvanger, zijn emoties relevante bronnen van kennis (Van Dijke et al., 2023). Dit *sensitizing concept* (en tevens zorgethisch *critical insight*) heeft mij als onderzoeker opmerkzaam gehouden voor de rol van emoties binnen de zorgpraktijk, zowel de ervaring ervan als de wijze waarop ze in discoursen rondom zorg een plaats krijgen.

Verantwoordelijkheid

Binnen de zorgethiek worden twee opvattingen van verantwoordelijkheid onderscheiden, formele en persoonlijke (of gevoelde) verantwoordelijkheid (Gilligan, 1982/2003). Binnen de context van de zorgpraktijk is de formele verantwoordelijkheid waar zorgmedewerkers vanuit hun functie op aangesproken kunnen worden. Zorg is

¹¹ Zorgethische theorievorming vindt plaats binnen een multidisciplinair veld van onderzoek. Duidelijk omschreven, afgebakende en sturende concepten passen niet binnen deze benadering. Daarom wordt binnen de zorgethiek gebruik gemaakt van richtinggevende concepten die zijn opgebouwd uit jaren van discussie en inzichten die binnen het zorgethisch debat steeds worden doordacht (Leget et al., 2017).

echter een relationele praktijk, daarom speelt ook de persoonlijke verantwoordelijkheid een belangrijke rol (wat ikzelf vind wat 'hoort', hoe ik mijn handelen ten opzichte van de ander voor mezelf kan verantwoorden). De spanning tussen deze twee opvattingen heb ik met name in de analyse van de interviews als *sensitizing concept* aangewend.

Onmacht

Gevoelens van machteloosheid of hulpeloosheid, wanneer iemand geen invloed heeft op de situatie. Dit *sensitizing concept* was vooral in het empirische onderzoek van belang om goed zicht te krijgen hoe hier door de zorgverleners zelf betekenis aan wordt gegeven. In de verzameling van literatuur viel het op dat dit concept nauwelijks hierin naar voren komt.

Tragiek

Met tragiek bedoel ik ervaringen van de kwetsbaarheid van het leven zelf. De ervaringen waarin mensen (onverdiend) tegenslag of ongeluk ervaren. Dit *sensitizing concept* was vooral een globale notie van de tragische dimensie, die gedurende het onderzoek meer vorm heeft gekregen.

Geluksdiscours

Ook dit concept was aanvankelijk een globaal idee, een aanvankelijke persoonlijke observatie van mij als onderzoeker in de hedendaagse maatschappij en in mijn eigen zorgpraktijk. Het was het idee van een maatschappelijke neiging alles in het teken te stellen van 'gelukkig zijn', waarbij dit vooral de betekenis van 'positiviteit' en 'blij zijn' lijkt te hebben. In dit onderzoek wilde ik dit concept verder uitwerken en testen in de theoretische en empirische resultaten.

Aan de hand van de *sensitizing concepts* is in Nederlandstalige en Engelstalige wetenschappelijke literatuur gezocht naar relevante boeken en online artikelen om een robuust theoretisch kader op te bouwen. De relevante bronnen werden via *snowballing* en een *backward search* in kaart gebracht, met als startpunt de zoekterm '*Humanization & Healthcare*' binnen de wetenschappelijke onlinedatabase *Google Scholar*. Omdat de druk op de zorg een terugkerend thema was in de gevonden (internationale) artikelen, zijn vervolgens de zoektermen 'Kwaliteit van zorg onder druk' en 'Kwaliteit van zorg ouderenzorg' gebruikt om de maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstellingen te kaderen binnen het

Nederlandse zorglandschap en deze met bronnen te onderbouwen. Om een actueel inzicht te krijgen in het maatschappelijk wetenschappelijk debat is in deze eerste *search* gezocht op artikelen vanaf 2020

In de gevonden literatuur is gezocht naar bronnen die hielpen een sociologische duiding te geven van de huidige tijd om een achtergrond te schetsen waartegen de zorgpraktijken van de respondenten zich aftekenen. Deze sociologische processen zijn daarna in verband gebracht met bewegingen in het huidige zorglandschap en het concept humanisering.

Als volgende stap is binnen de literatuur gezocht naar bronnen om de concepten tragiek en catharsis te kunnen duiden. Als startpunt werden binnen de onlinedatabases *Google Scholar*, *Pubmed* en de Koninklijke Bibliotheek de zoekopdrachten “tragiek & verpleeghuiszorg”, “onmacht & verpleeghuiszorg” “onmacht & zorgverleners”, “tragiek & zorgverleners”, “*tragedy & caregivers & elderly*”, “*powerlessness & caregivers & elderly*”, “catharsis” en “katharsis” ingevoerd (vanaf 2020). Waarna wederom via *snowballing* en een *backward search* nieuwe relevante bronnen werden opgespoord.

Als laatste is binnen de zorgethische literatuur gezocht naar bronnen die een relevant raamwerk konden vormen voor een zorgethische inbedding van dit onderzoek. Deze zorgethische bronnen kwamen primair voort uit het curriculum van de Master Zorgethiek en Beleid binnen de Universiteit voor Humanistiek, maar waar nodig werd in de literatuurlijsten van de artikelen of via onlinedatabases verder gezocht naar relevante zorgethische literatuur.

4.4 Dataverzameling empirisch onderzoek

De IPA-methode werkt met relatief kleine aantallen respondenten met een zekere homogeniteit, om zo inzicht te krijgen in een ervaring van een fenomeen vanuit een bepaald perspectief, in plaats vanuit een populatie (Smith et al, 2022, p. 43). Door de intensiteit van het analyseproces en de focus op een gedetailleerde beschrijving van particuliere ervaringen, adviseren Smith et al (2022, p. 46) voor een master-thesis een aantal van vijf respondenten als een solide basis voor het maken van vergelijkingen op groepsniveau. Omdat in deze studie twee empirische deelvragen worden gesteld, zijn tien respondenten gezocht, waarvan vijf het evocatief narratief *Zie Mij* hadden bijgewoond. Alle tien respondenten zijn bevraagd op hun ervaringen met onmacht en tragiek, waarna met vijf respondenten nog verder werd gesproken over de ervaring met *Zie Mij*.

Teneinde een relatief homogene groep te verkrijgen, is ervoor gekozen via *purposeful sampling* respondenten te betrekken tussen de twintig en dertig jaar oud die de functie van

(leerling)verzorgende IG (n=4) of (leerling)verpleegkundige (n=6) vervullen binnen de intramurale ouderenzorg van Zuyderland Care. Er is voor verzorgenden IG en verpleegkundigen gekozen omdat deze groep over het algemeen nauw in contact staat met de bewoners van het verpleeghuis. De leeftijdscategorie is gekozen omdat deze groep, ook wel generatie Z genoemd, zelf is opgevoed binnen het maatschappelijk ‘geluksdiscours’ (NOS.nl, 2023). Geen van de respondenten is werkzaam binnen de locatie waar ikzelf werkzaam ben. De coach Belevingsgerichte Zorg heeft als *gatekeeper* (Boeije & Bleijenbergh, 2019) de respondenten benaderd vanwege haar grote netwerk en omdat zij de coördinatie van Zie Mij verzorgd, waardoor ze goed zicht had op wie daarbij aanwezig was geweest. Bij toezegging door de respondenten, is door mijzelf via mail contact opgenomen en bij toezegging is hen een *informed-consentformulier* en een beschrijving van het onderzoek toegestuurd (Bijlage 2). Vervolgens zijn met de respondenten afspraken gemaakt voor interviews op hun werklocatie, om de reis- en tijdsbelasting voor de respondenten tot een minimum te beperken. Binnen een periode van drie weken zijn tien semigestructureerde interviews afgenomen aan de hand van een fenomenologische *interview guide* (Bijlage 3) (Smith et al., 2022, pp. 56-58) met als doel een zo rijk mogelijke beschrijving van geleefde ervaringen te verkrijgen. De gemaakte audio-opnames zijn vervolgens verbatim getranscribeerd en geanonimiseerd om methodisch te kunnen worden geanalyseerd.

4.5 Data-analyse

De IPA-methode bestaat uit een aantal analysefasen die erop gericht zijn te begrijpen hoe een respondent zijn of haar eigen ervaringen beleeft en begrijpt. Omdat iedere particuliere ervaring onverdeelde aandacht dient te krijgen, wordt het analyseproces per interview volledig doorlopen en afgerond, waarna het volgende interview wordt geanalyseerd. Als onderzoeker heb ik bij ieder nieuw interview getracht een open blik te houden en resultaten uit voorgaande interviews te niet te laten interfereren (*bracketing*), al is dat nooit helemaal te realiseren omdat met ieder interview dat geanalyseerd wordt, mijn eigen voor-structuren van kennis (Smith et al, 2022, p. 20) ook veranderen (p. 99).

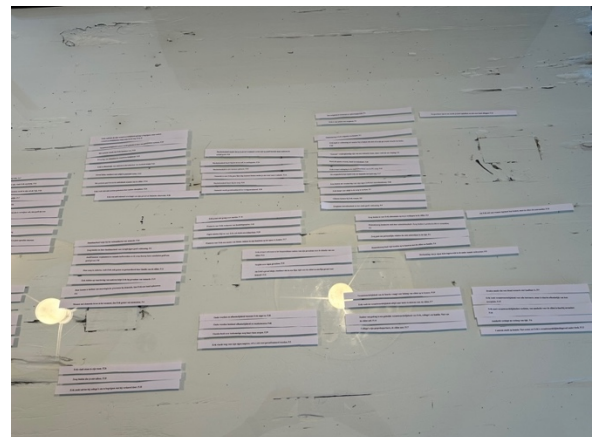
De eerste fase in het analyseproces bestaat uit vertragen en het intensief bekend raken met de interviewtekst, door transcriberen, lezen en herlezen. Opvallende zaken die de onderzoeker in deze fase opmerkt, worden in een apart document genoteerd (Bijlage 4).

De tweede fase bestaat uit het aandachtig, met een open blik en regel-voor-regel lezen van de tekst, waarbij in de rechterkolom alles wordt genoteerd dat de onderzoeker van belang acht met het oog op het begrijpen van de ervaring van de respondent, waarbij dicht bij de tekst

en de taal van de respondent wordt gebleven. Daarnaast is er ruimte voor meer hermeneutische opmerkingen en kunnen meer abstracte concepten ingebracht worden, waardoor al wat losgekomen wordt van de tekst. IPA stelt geen regels aan wat de onderzoeker in deze stap noteert, maar laat het aan diens eigen stijl en het vermogen tot interpretatie (p. 79). Reflecties van de onderzoeker over het waarom van bepaalde tekstelementen worden in een apart document genoteerd, het analysedocument volgt puur de ervaring van de respondent zelf.

In de derde fase worden de elementen uit de vorige fases op elkaar betrokken om zogenoemde *experiential statements* te formuleren, beweringen over de betekenis van kleine tekstfragmenten die gegrond zijn in de ervaring van de respondent. Het doel van deze stap is het volume van de data terug te brengen, maar wel de complexiteit te behouden (p. 86). In deze fase is interpretatie een belangrijke factor, wat maakt dat de ervaring van de respondent en de aandachtige betrokkenheid van de onderzoeker meer vermengd raken.

De vierde fase bestaat uit het opnieuw ordenen van de verzamelde *experiential statements* in een nieuw verband. In deze fase treedt de interpretatie van de onderzoeker op de voorgrond omdat de nieuwe ordening vorm krijgt op grond van opgemerkte verbanden tussen de statements. Daartoe zijn alle *experiential statements* uitgeprint en losgeknipt, waarna deze handmatig zo lang werden geschoven en gecombineerd, totdat er een ordening naar voren kwam, passend bij de onderzoeksvraag (zie afbeelding).



In de vijfde fase krijgen alle clusters van *experiential statements* een eigen naam die het karakter van het cluster weergeeft, de zogenaamde *Personal Experiential Themes* (PET's). Tenslotte wordt een PET in een document uitgewerkt door eventuele subthema's en de *experiential statements* in een overzicht te plaatsen, met daaraan gekoppeld regels uit de tekst die de statements onderbouwen (Bijlage 5).

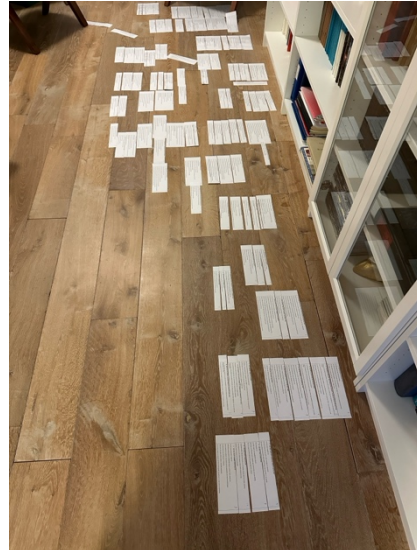
Alle tien de interviews werden volgens de bovenstaande vijf fasen afzonderlijk geanalyseerd, wat resulteerde in een groot aantal PET's. Deze PET's werden vervolgens op dezelfde manuele wijze met elkaar in verband gebracht door overeenkomsten en verbanden, maar ook divergenties te zoeken, waardoor een nieuwe ordening ontstond (afbeelding p.35),

de zogenoemde *Group Experiential Themes* (GET's) waar wederom een benaming aan werd toegekend (Bijlage 6).

Tenslotte werd op basis van de GET's een verslag geschreven waarin de bevindingen worden gepresenteerd teneinde de twee empirische deelvragen van het onderzoek te beantwoorden. Om gewicht te geven aan de uitspraken in de bevindingensectie werden de GET's geselecteerd waarin PET's van minimaal de helft van de respondenten vertegenwoordigd waren (p. 105). Bij

de bevindingen over onmacht waren dit de GET's waarin minimaal vijf PET's van verschillende respondenten terugkwamen, bij de bevindingen over Zie Mij waren dit er minimaal drie. Van deze *'rule of thumb'* is op enkele plaatsen afgeweken. Bij de bevindingen over onmacht zijn drie GET's opgenomen die minder dan vijf PET's van afzonderlijke respondenten bevatten, maar die wel een belangrijk perspectief in zich dragen (GET 4,5 en 8), waardoor inclusie in het verslag in belangrijke mate bijdroeg aan het begrijpen van de ervaringen van de respondenten. In de bevindingen van Zie Mij is ervoor gekozen ervaren emoties op te splitsen in 'het tonen van emoties in de vorm van huilen' (GET 18) en 'opgewekte gevoelens van empathie' (GET 19). Tezamen vormden deze twee GET's een verzameling van PET's van drie respondenten.

De geïncludeerde GET's werden op een logische wijze geordend op grond waarvan een narratief ontstond waarmee de bevindingen op een heldere manier gepresenteerd kunnen worden. Karakteristiek voor IPA is dat dit verslag gegrond is in idiografische uitspraken van de respondenten zelf (inclusief verwijzing naar de locatie van deze uitspraken in de interviews) afgewisseld met de interpretaties van de onderzoeker, teneinde de lezer mee te nemen in een navolgbare samenvatting van het gehele onderzoeksproces (p. 110). In de presentatie van de resultaten is met het oog op de leesbaarheid en resonantie, op advies van de thesisbegeleider, ervoor gekozen een verkorte versie op te nemen van de resultatentekst. De originele resultatentekst met daarin de uitvoerigere citaten en verwijzingen naar de locatie in de interviews is ter volledigheid en transparantie als bijlage toegevoegd (Bijlage 7).



4.6 Ethische overwegingen

In overeenstemming met de onderzoekstheorie gebaseerd op de verklaring van Helsinki (World Medical Association, 2022) en de Nederlandse Gedragscode voor Wetenschapsbeoefening (Vereniging van Universiteiten, 2014) werd het onderzoeksvorstel (aangevuld met een datamanagement plan) voorgelegd aan en akkoord bevonden door de ethische commissie van de Universiteit voor Humanistiek. Daarnaast werd overleg gevoerd met het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van Zuyderland over eventuele aanvullende eisen of voorwaarden. Zij hebben de toetsing door de ethische commissie van de universiteit beoordeeld en concludeerden dat er geen aanvullende toetsing vanuit Zuyderland vereist was. Wel adviseerde het bureau binnen Zuyderland Care na te vragen of er nog procedures gevolgd dienden te worden met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek. Deze vraag is voorgelegd aan de regiomanager, die vervolgens ook het onderzoeksvorstel heeft ontvangen. Zij op haar beurt gaf ook groen licht voor uitvoering van het onderzoek als voorgesteld.

De respondenten hebben allen voorafgaand aan het interview een beschrijving het onderzoek en een toestemmingsformulier ontvangen (Bijlage 2). Op de dag van het interview is het doel van het onderzoek en de methode nogmaals mondeling toegelicht, waarbij ruimte werd geboden voor verhelderingsvragen en ook de mogelijkheid tot afzien van deelname expliciet werd besproken. Naast schriftelijke toestemming werd van alle respondenten ook mondelinge toestemming verkregen.

Omdat IPA steunt op idiografische uitspraken van de respondenten is de respondenten uitgelegd dat door hen gedane uitspraken terug kunnen komen in het onderzoeksverslag, maar dat dit in geanonimiseerde vorm gebeurt. De herleidbare ruwe data werden opgeslagen op de beveiligde digitale omgeving van de universiteit en is enkel toegankelijk voor de onderzoeker en de thesisbegeleider. Het anonimiseren van de transcripten gebeurde door het toekennen van een pseudoniem aan de respondent, maar ook door aandacht te hebben voor elementen in de interviews die konden zorgen voor herleidbaarheid (denk bijv. aan afdelingsnamen of namen van managers). Deze herleidbare elementen zijn in de transcripten verwijderd of vervangen door ***.

Bijzondere aandacht is gedurende de interviews geweest voor emoties van de respondenten. Deze aandacht bestond eruit gedurende het interview na te gaan of de respondenten het vervelend vonden als er emotionele zaken aan bod kwamen en de mogelijkheid te bieden te stoppen, alvorens met toestemming het interview te vervolgen. Ook werd enkele malen een afweging gemaakt een bepaalde ervaring niet verder uit te vragen

omdat het de privé-situatie van de respondent betrof en niet voldoende relevant was voor het doel van het onderzoek. Na afloop van het interview is op informele wijze nog nagepraat met de respondenten en nogmaals nagegaan of ze behoefte hadden aan nazorg door collega's van de Dienst Geestelijke Verzorging. Geen van de respondenten gaf aan hier behoefte aan te hebben.

4.7 Kwaliteitscriteria

Als onderzoeker onderschrijf ik de principes in de Nederlandse Gedragscode voor Wetenschapsbeoefening (Vereniging van Universiteiten, 2014). Tijdens de literatuurstudie is er voortdurende aandacht geweest voor de relevantie en de hoogwaardige wetenschappelijke kwaliteit van het bronmateriaal. Binnen het fenomenologisch onderzoek waren de vier *R's* van Linda Finlay (2011) leidend; *Rigour*, *Relevance*, *Resonance* en *Reflexivity* (p. 264-265).

Rigour (nauwkeurigheid) komt tot uiting in het nauwkeurig uitvoeren en beschrijven van iedere stap binnen de IPA-methode en de reflectie daarop, om zo de bevindingen inzichtelijk en navolgbaar te maken voor derden (zie ook Smith et al, 2022, p. 151).

De relevantie (*relevance*) van het onderzoek komt naar voren in de maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling. Dit is in lijn met de opmerking van Leget et al. (2017) dat zorgethisch onderzoek gedreven wordt door maatschappelijke vragen.

Resonantie (*resonance*) wordt in dit onderzoek gezocht door resultaten te beschrijven op een wijze die resoneert bij de lezer. Door een verslag te presenteren dat coherent, plausibel en interessant (Smith et al., 2022, p. 151) is en onderbouwd is met idiografische uitspraken, wordt de externe validiteit, oftewel de overdraagbaarheid (Creswell, 2007) vergroot.

Een proces van reflectie (*reflexivity*) doortrekt het hele fenomenologische onderzoek. Een voortdurende kritische houding ten opzichte van eigen vooronderstellingen en het *bracketing* hiervan, alsmede het bijhouden van een reflexief logboek, is aangewend om de interne validiteit (geloofwaardigheid) (Creswell, 2007) te vergroten.

Het verslag van de studie is volgens de criteria voor kwalitatief onderzoek van Levitt et al. (2018) opgezet, hetgeen ook door Smith et al. (2022, p. 149) als een fundamentele pijler van kwaliteit wordt beschouwd.

HOOFDSTUK 5 *Resultaten en beantwoording deelvragen 1 en 2*

5.1 Bevindingen: ervaringen van onmacht in de transmurale ouderenzorg

Wat hieronder volgt is een beschrijving van de bevindingen uit de interviews met tien respondenten aan de hand van vier thema's waarbij de focus is gelegd op hoe de respondenten omgaan met onmacht en tragiek, binnen de context van hun eigen visie op zorg. De thema's zijn 'het ideaal van zorg in een niet-ideale werkelijkheid', 'ingeklemd verantwoordelijkheidsgevoel en getuige zijn van leed als ervaringen van onmacht', 'professioneel omgaan met emoties' en 'zorg verlenen maakt kwetsbaar'. Aan het einde wordt een antwoord gegeven op de eerste empirische deelvraag: Hoe ervaren zorgverleners de confrontatie met onmacht en tragiek in de dagelijkse praktijk binnen de intramurale ouderenzorg van Zuyderland Care?

Het ideaal van zorg in een niet-ideale werkelijkheid¹².

Zorgen is meer dan werk alleen, dat is een overtuiging die de meeste respondenten delen. Hun werk heeft een formele structuur, met vastomlijnde verantwoordelijkheden en toegewezen taken, maar ze ervaren ieder op hun eigen manier dat ze daarnaast vanuit een sterke intrinsieke motivatie zorg bieden aan hun medemens. Zorgen is iets dat van nature bij hen hoort, het is aangeboren, wat maakt dat werken in de zorg niet zozeer een keuze is, maar eerder een vanzelfsprekendheid. Werken doe je voor geld, maar zorgen is van een andere orde, het is een "*passie*", dat doe je "*uit liefde*". Er heerst bij de respondenten een sterk besef van lotsbestemming, of zoals Erik het noemt "*een roeping*". Het heeft zo moeten zijn dat ze in de zorg zijn gaan werken. "*Je bent ervoor gemaakt, of niet voor gemaakt*" zegt Debbie stellig.

Écht zorgen is meer dan het uitvoeren van zorgtaken, vinden de zorgverleners, en het is ook wat anders dan verzorgen. Verzorgen is het uitvoeren van taken maar zorgen is voor hun veel breder, het heeft veel meer met karakter te maken, het moet in je zitten als iets wat je zelf "*fijn*" vindt om te doen. Dat is iets wat je niet leert in opleidingen. Het is een houding van voortdurend afgestemd zijn op de mensen die aan jouw zorg zijn toevertrouwd om ze naast het verzorgen iets extra's te bieden zodat je ze "*kunt helpen nog wat kwaliteit uit het leven [te] kunnen halen*". Zo kun je iets voor mensen betekenen en dat geeft voldoening. Zorgen heeft voor hen een wederkerig karakter.

¹² GET'S: Zorgen zit in je (GET 4); Zorg als een voortdurend afstemmen op de unieke ander en daarin van betekenis zijn (GET 1); Zorgen als ideaal wordt begrensd door de werkelijkheid van alledag (GET 8).

Van betekenis kunnen zijn betekent met name dat de respondenten zich richten op positiviteit. Sandra zegt het kernachtig: *“Je probeert [de mensen] een leuke dag te geven, want ondanks dat iemand ook heel ziek kan zijn, probeer je toch het beste van die dag te maken...”*. De zorgverleners zetten zich in om *“fijne momenten”* en *“positieve stemmingen”* teweeg te brengen. Dit vergt van hen dat ze het positieve voor ogen blijven houden en moeilijkheden of onoplosbaarheid proberen te negeren, wat Debbie verwoordt als: *“naar de andere kant kijken”*.

Werken in de intramurale ouderenzorg maakt dat de zorg zich uitstrekt in de tijd, iets wat als een waardevol element wordt gezien. De respondenten spenderen veel tijd met de bewoners¹³, *“tot [hun] laatste seconde”*, en leren hen kennen. Ze gaan een unieke relatie met hen aan. Een relatie die begint bij de opname waar al zoveel mogelijk informatie ingewonnen wordt over de nieuwe bewoner en zijn geleefde leven, want op die manier kan er een passend zorgplan worden opgesteld. Dat zorgplan is echter secundair aan de houding van de goede zorgverlener. Bert zegt: *“Ja, afstemmen op de cliënt, wat de behoeftes van de cliënt zijn, dat vind ik wel het allerbelangrijkste. Het kan allemaal wel in het zorgplan van de cliënt staan, maar goed, de cliënt verandert ook met de week, dus daaraan moet je je gewoon aanpassen.”*

Toch blijft dit afstemmen met alle goede intenties een onzekere onderneming, vanwege de mate van onkenbaarheid en onvoorspelbaarheid van de bewoners die lijden aan dementie. Het vraagt een voortdurende alertheid op allerlei verschillende verbale of non-verbale uitingen die door de zorgverleners geïnterpreteerd dienen te worden. Maar ook deze soms grillige onvoorspelbaarheid die inherent is aan dementie, wordt door de deelnemers veelal positief benaderd, in termen van een *“hele leuke en dynamische”* uitdaging, een onverwachte, niet planbare puzzel of ‘mooie’ zoektocht. Of zoals Frank aangeeft: *“ik vind het mooi om te zoeken naar wat de onderliggende oorzaak is [van onbegrepen gedrag], als die er al is.”* Deelnemers lijken hiermee soms de ziekte van de bewoner te scheiden, zodat ze met een positieve blik naar hun dagelijkse praktijk kunnen blijven kijken. Zo benadrukt Petra dat de momenten waarop bewoners hun *“ware ik”* laten zien belangrijker zijn dan wanneer ze probleemgedrag vertonen, omdat *“...[de] ziekte op die momenten gewoon echt de overhand*

¹³ De meeste respondenten gebruiken het woord “cliënt” als ze spreken over de mensen waar ze voor zorgen. Andere minder gebruikte aanduidingen zijn “bewoners”, “mensen” of “personen”. In de resultatensectie is ervoor gekozen de term “bewoner” te gebruiken. Enerzijds omdat het de eenduidigheid en de leesbaarheid ten goede komt. Anderzijds omdat met het woord “cliënt” machtsverhoudingen (autonome aanbieder/autonome afnemer) worden voorondersteld die binnen de psychogeriatrische zorg helemaal niet zo evident zijn.

[neemt]...” Dit ware ik dat Petra beschrijft, is voor Laura echter een punt van voorzichtigheid. Laura kan naar eigen zeggen niet altijd op haar eigen oordeelsvermogen vertrouwen, omdat iemand misschien vriendelijk kan overkomen, maar in het verleden geen aardige persoon was. Desondanks vindt Laura dat het verleden van de persoon niet mag meespelen in de zorgrelatie, omdat de persoon de zorg verdient die hij nodig heeft, want: “...*dat staat los van mij...*”.

Zorg zoals de respondenten het beleven, lijkt een sterk maakbaar karakter te hebben, zolang ze een positieve blik blijven houden. Ze schetsen een ideaalbeeld. Toch kan dit ideaalbeeld snel in de verdrukking komen waarna het redelijk gemakkelijk terzijde wordt verschoven. Als er bijvoorbeeld te weinig personeel is, dan moet de bewoner volgens Erik “*het enigszins aanvaarden.*” dat er geen tijd is om aan haar behoeften tegemoet te komen. De gerichtheid op de bewoners heeft zo gezien praktische grenzen en verschuift bovendien de verantwoordelijkheid naar de bewoner, zij zal moeten aanvaarden dat aan haar behoeften op dit moment geen gehoor kan worden gegeven.

Deze grenzen aan het ideaal van zorg is een terugkerend thema bij de deelnemers. Er komt een zekere vanzelfsprekendheid naar voren waarmee deze grenzen geaccepteerd worden, waarbij werkervaring als reden wordt genoemd. Door de jaren zijn hun idealen getemperd. Zorgen gaat na verloop van tijd “*een beetje op de automatische piloot*” zegt Saskia. De snelheid van de zorgvloer vraagt om “*doorwerken*” en maakt dat er weinig wordt stilgestaan bij de beleving van de bewoners, want “*we hebben haast*”. Voor de aandacht die wordt genoemd als belangrijke factor binnen de ideale zorg, is weinig ruimte. Door drukte worden behoeften van bewoners “*gewoon even [...] op de lange baan geschoven*” en door de jaren heeft Frank geleerd dat je daar “*niet te zeer mee moet zitten en ook af en toe moet accepteren dat iets niet anders is.*”.

Vast blijven houden aan je eigen idealen is niet gemakkelijk als je om je heen ziet dat je collega’s zich schijnbaar moeiteloos conformeren aan de heersende dynamiek, aan de routine, aan het gemakkelijke. “*Het lijkt soms wel of ze maar een beetje robots zijn*” zegt Saskia bezorgd, “*zo van we doen dit werk en we zien niet wat er verder gebeurt*”. Voor haar schuurt dit. En als je je wel overgeeft aan het automatisme, zo ervaart Esther, verliest het werk uiteindelijk zijn uitdaging. Het spreekt haar niet meer aan.

Ingeklemd verantwoordelijkheidsgevoel en getuige zijn van leed als ervaringen van onmacht¹⁴.

Tussen het ideaalbeeld van zorg en de geleefde praktijk met alle beperkingen en haast, zit het verantwoordelijkheidsgevoel van de deelnemers ingeklemd. Vanuit de ervaren relatie met de bewoners, voelen de zorgverleners zich persoonlijk verantwoordelijk voor hun welbevinden. Dit verantwoordelijkheidsgevoel draagt wederom het streven naar positiviteit in zich. Het is een drang voortdurend te moeten streven naar het verbeteren van de situatie van de bewoners. Zorgen is helpen, helpen is beter maken. Wanneer dit niet mogelijk is en ze niet kunnen voldoen aan hun gevoelde verantwoordelijkheid, benoemen de deelnemers dit als bron voor ervaringen van onmacht.

De drang naar het voortdurend streven naar beter betekent dat tevredenheid van de bewoner geen einddoel is. Ook wanneer deze op zijn gemak is en dit ook uitstraalt vindt Erik dat hij zijn best moet doen te zoeken naar manieren om het nóg beter te maken, om te zorgen dat de bewoner nóg tevredener is. Maar daar tegenover staat zijn *“to-do lijstje”* waar hij ook verantwoordelijk voor is. Hij zou eigenlijk *“een vliegje willen zijn dat continu om [de bewoner] heen cirkelt”*. Het is een sterke metafoor voor zijn verantwoordelijkheidsgevoel om geen moment tot verbeteren voorbij te laten gaan. Dat hij dat door drukte niet waarmaken, knaagt.

Het gevoel van steeds tekort te schieten in aandacht is ook iets wat andere deelnemers ervaren. Bij eenzame bewoners gaan zitten, bijvoorbeeld, is niet mogelijk door personeelsgebrek maar het komt daarbij op de individuele zorgverlener neer om keuzes te maken wiens behoefte geprioriteerd wordt, terwijl ze zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van alle bewoners. Dit maakt dat wanneer aan deze gevoelde verantwoordelijkheid niet voldaan kan worden, deze steeds naar voren verschoven wordt. *“Voor nu is het dit en misschien lukt het volgende week wel. Vooruitkijken.”*. Petra relateert dit gevoel van tekortschieten als iets wat van nature hoort bij de zorgverlener die *“eigenlijk altijd het beste wilt, [maar ook weet] dat dat niet altijd gaat.”*

Niet alleen het gevoel van tekortschieten in het bieden van aandacht, maakt dat de zorgverleners onmacht ervaren. Ze spreken bijvoorbeeld ook over de invloed van problemen binnen families, die afstralen op bewoners, maar waar zij als professionals niets aan kunnen veranderen. Ook wanneer de deelnemers het gevoel hebben niet te kunnen bouwen op

¹⁴ GET's: Verantwoordelijkheid en onmacht (GET 6); Zorgen is emotioneel confronterend (GET 10).

medische kennis of werkervaring en daardoor niet weten wat ze moeten doen, zet dit hun gevoelde verantwoordelijkheid op spanning. “... waar komt dat vandaan? Is dat pijn, verdriet? Is dat door het CVA dat die emoties heftiger worden? Dat is gewoon heel moeilijk.”

Daartegenover staat dat wanneer de zorgverleners wel op ervaring en kennis kunnen bouwen, er ook momenten van onmacht zijn. Petra zegt: “...als artsen niet helemaal mee willen werken, dan zit er al onmacht...”. Hun ideeën van goede zorg vinden niet altijd weerklank binnen het zorgsysteem waarvan ze afhankelijk zijn en dat soms andere doelen prioriteert. Het geeft een gevoel van “tegengehouden worden”. De afhankelijkheid van anderen beperkt de zorgverleners in hun handelingsmogelijkheden maar maakt volgens Debbie ook dat ze niet de verantwoordelijkheid hoeft te dragen bij moeilijke keuzes, “dat laat ik fijn aan de arts over”.

Als de deelnemers in de interviews reflecteren op onmacht, spreken ze met name over de spanning tussen handelingsverlegenheid en gevoelde verantwoordelijkheid. Gedurende de interviews kwam echter ook naar voren dat ze onmacht ervaren wanneer ze getuige zijn van onmacht, lijden en tragiek in de levens van de bewoners met dementie. Deze ervaringen kwamen meer impliciet naar voren omdat de deelnemers ze niet zelf benoemden in hun aanvankelijke reflecties op onmacht. Zij koppelden het meer aan het ervaren van emoties in het werk.

De deelnemers worden in hun praktijk geconfronteerd met de onmacht en het lijden dat voortkomt uit de dementie van de mensen waar ze voor zorgen en het verdriet waarmee dit gepaard gaat wanneer de bewoners zich er zelf van bewust zijn dat ze dingen niet meer snappen. Ze weten niet meer waarom ze in het verpleeghuis zijn en willen naar huis. Getuige hiervan te moeten zijn is voor de deelnemers moeilijk omdat ze beseffen dat hun gerichtheid op positiviteit en helpen dit niet kan wegnemen. “Nee, dat kun je niet oplossen. Je kan iemand proberen op te vrolijken of een leuke dag bezorgen of leuke activiteit doen of, hè? Het kan allemaal, maar je kan dat stukje niet wegnemen.” zegt Saskia, daarmee haar eigen onmacht illustrerend.

Het komt ook voor dat bewoners in hun dementie in hun beleving steeds weer opnieuw teruggaan naar traumatische ervaringen uit het verleden. “Er zijn situaties die zou je nooit willen dat iemand het overkomt [...] en dan moet deze cliënt het gewoon keer op keer beleven, omdat ze terugzakt in de tijd...” verzucht Laura, “...ik voel dan wel echt verdriet [...] je ziet hun verdriet, het zou knap zijn als het je niks deed.”

De deelnemers hebben allemaal voorbeelden van soortgelijke aangrijpende ervaringen. Steeds weer zijn ze getuige van leed, maar kunnen ze het niet wegnemen, ze kunnen voor hun

gevoel “*niets betekenen*”. Frank beschrijft deze onmacht als een lichamelijke ervaring: “*ik voel het vanbinnen, net alsof er twee handen om je hart zitten, zo’n beetje drukkend gevoel, dat ik denk, hier moeten we iets mee, maar we kunnen er niets mee.*”.

Een andere terugkerende bron van onmacht is de gepercipieerde eenzaamheid van bewoners. De zorgverleners kunnen deze alleen maar tijdelijk verlichten door momenten van aandacht te bieden in de drukte van de zorg, maar ze kunnen het niet oplossen. Hierdoor ervaren ze niet alleen handelingsverlegenheid, het knaagt ook aan hun eigen normen en waarden. Zo probeert Bert weliswaar begrip op te brengen voor de kinderen van een mevrouw op zijn afdeling, die het niet meer kunnen opbrengen hun moeder met dementie te bezoeken, maar hij kan zich ook niet voorstellen dat hijzelf zijn moeder aan haar lot zou overlaten, “*...het raakt me enorm en soms word ik er ook verdrietig van en dan denk ik ocharm, en dan zie ik andere bewoners en die krijgen wel bezoek van hun kinderen...*”. Dit voorbeeld staat niet op zichzelf, de zorgverleners moeten zich steeds verhouden tot allerlei invloeden waar ze geen controle op hebben. De ene bewoner krijgt bijvoorbeeld veel bezoek en fleurt daardoor op, terwijl de andere bewoner iedere dag eenzaam voorover hangt in zijn stoel. Hun houding van positiviteit en hulpvaardigheid stuit in deze ervaringen op grenzen, “*... je kunt er niks aan doen, je kunt het proberen op te lossen, maar het gaat niet...*”.

Professioneel omgaan met emoties¹⁵.

De respondenten vertellen allemaal over ervaringen die hun geraakt hebben, waarbij ze onmacht ervaren die emoties bij hen teweegbrengen. Het omgaan met die emoties is voor velen van hen een worsteling. Het merendeel van de respondenten beschrijft een schroom te ervaren in het uiten van emoties als ze hun professionele rol vervullen. Dit komt volgens Esther omdat er van professionals “*verwacht wordt*” dat ze gevoelens misschien wel ervaren, maar niet tonen. Huilen is onprofessioneel omdat ze dan haar werk niet naar behoren kan vervullen. Tegelijkertijd omschrijft Esther zich als een gevoelig persoon en vindt ze het moeilijk zich af te sluiten voor de emoties, omdat ze “*met mensen werkt*”. Voor Esther resulteert dit erin dat ze confrontaties met verdriet dan maar helemaal uit de weg gaat, ze wil het “*liever niet zien, liever niet meemaken.*”.

Een soortgelijke beweging is bij de andere deelnemers ook terug te zien, ze hebben voor zichzelf manieren “*ontwikkeld*” om zich af te schermen voor te grote emoties. Ze laten

¹⁵ GET’s: Professionaliteit en emoties (GET 12) & Rationaliteit als coping (GET 14).

los, zetten de knop om, zetten gevoelens opzij of sluiten hun werkdag bewust af en “*nemen het niet mee naar huis*”. Je moet wel, zegt Bert, doe je dat niet “*dan ga je er zelf ook aan onderdoor*”. Toch zegt Esther eerlijk dat dat lang niet altijd lukt: “*natuurlijk als er wel eens heftige dingen op het werk gebeuren, neem je het zeker mee naar huis*”. Ook de anderen geven aan dat ze regelmatig toch dusdanig geraakt worden dat knoppen niet omgezet kunnen worden en gevoelens niet opzij. Dan worden ze overmand door emoties. Wanneer dit gebeurt, dan moeten deze emoties snel losgelaten worden door er even -met de nadruk op even- over te praten met collega’s. De emoties moeten eruit om weer door te kunnen.

Deelnemers laten even emoties zien, nemen even “*een momentje*” en praten even een beetje van zich af omdat emoties er even uit moeten. Daarna is het weer “*goed*”, ze zijn hun “*ei kwijt*”. Dat ervaren emoties misschien toch niet zo gemakkelijk losgelaten kunnen worden, blijkt uit het gegeven dat twee respondenten tijdens het interview overvallen werden door tranen, toen ze herinneringen ophaalden aan impactvolle casussen. Kim kon zelf niet verklaren waarom dat gebeurde en was er ook wat verbaasd over, omdat ze dacht dat ze deze casus wel van zich af had gezet: “*...ik weet het niet. Ja het is toch weer een gevoel, of zo. Ik weet niet, ja, wat het toch weer losmaakt, zeg maar*”.

Emoties worden voornamelijk gerationaliseerd, als tegenwicht aan gevoelens van verdriet en onmacht. Zo lijkt cognitief controle te worden gezocht in situaties waarin de respondenten ervaren dat er geen controle is. Omdat de bewoners het vaak niet kunnen zeggen, moeten de deelnemers zichzelf overtuigen dat ze hun best hebben gedaan of, zoals Kim vertelt, bevestiging zoeken bij collega’s: “*Ik vond toen ook fijn dat zij bevestigde dat ik het gewoon goed gedaan had, dat gaf mij ook gewoon een gevoel dat ik dacht, oké, ik heb het goed gedaan en ik heb alles gedaan wat ik kon op dat moment*”.

Als ze zichzelf niet kunnen overtuigen dat ze hun best hebben gedaan, moeten ze relativiseren. Erik doet dit door onmacht te accepteren en breder te trekken naar een algemene menselijke ervaring “*...ik zou thuis ook graag heel veel dingen willen [...] soms komt dat wel en soms komt het niet*”. Door relativering houdt Petra gevoelens van schuld buiten zich en wordt ze niet ontmoedigd in haar werk, want als ze in een “*negatieve cirkel*” komt, kan ze “*de mensen ook niet meer helpen*”. Ze moeten positief blijven om de “*moed erin te houden*”.

Een manier om positief te blijven, is door de dementie zelf als iets positiefs te kunnen zien. Als Saskia geconfronteerd wordt met onmacht doordat bewoners verdriet ervaren omdat ze bewust zijn van hun achteruitgang, vindt ze rust in het feit dat de ziekte uiteindelijk het bewustzijn dusdanig weg neemt, dat de mensen niet meer weten dat ze ziek zijn. “*Ik heb al*

meerdere bewoners gezien die eigenlijk compleet de weg kwijt waren, maar die wel hartstikke vrolijk zijn.”. Als je niet bewust bent van je situatie, kun je ook niet lijden.

In het omgaan met onmacht door middel van rationalisering, kunnen emoties in eerste instantie in de weg staan. Zoals eerder gezegd, moeten deze snel worden losgelaten om ruimte te bieden voor rationalisering. Praten is dan een manier om lastige emoties even te parkeren om ze vervolgens rationeel te lijf te gaan. Praten is even “*luchten*”, waarna je kunt relativëren en loslaten. Volgens Debbie komt het uiteindelijk allemaal neer op “*Ervaring, ervaring, ervaring, ervaring.*”.

*Zorg verlenen maakt kwetsbaar*¹⁶.

Alle respondenten delen de ervaring dat er in hun zorgopleidingen geen aandacht was voor het omgaan met onmacht en tragiek. Allemaal hebben ze daar zelf in de praktijk wegen voor moeten vinden. Zoals hierboven beschreven komen die wegen neer op rationalisering en het proberen af te schermen van emoties. Deze manieren van coping blijken echter niet altijd afdoende. De helft van de respondenten beschrijft ervaringen die een diepe impact hebben gehad op hen persoonlijk. Ze beschrijven situaties of (overleden) bewoners die een onuitwisbare indruk hebben gemaakt, waarbij onmacht een centraal thema vormt. Het zijn ervaringen waarvan ze zeggen dat ze deze nooit zullen vergeten en die regelmatig in hun gedachten komen. “*Je kan heel veel dingen van je afzetten, maar sommige casussen blijven je gewoon altijd bij. Dat kan je niet van je afzetten. Dat is ja, dat is het ding als je met mensen werkt...*”.

Zo vertelt Bert over een ervaring waarbij de grenzen van professionaliteit vervaagden en hij persoonlijk aangesproken werd, “*...ik vond dat zo triest dat die vrouw ook op het sterfbed gewoon...alleen werd gelaten, en.... Ja daar heb ik echt wel mee gezeten, dat ik ook eerder naar mijn werk ging en bij haar ging zitten...*”. Op het werk was hij er iedere minuut mee bezig en ook thuis kon hij zijn persoonlijke betrokkenheid en gevoelde verantwoordelijkheid niet loslaten, “*[ik heb] iedere dag, ieder uur eigenlijk wel zitten inlezen van hoe gaat het? Is ze al overleden?*”. Bert voelde zich zo betrokken dat hij in de rol stapte van de afwezige familie, waardoor hij zelf ook in een emotioneel kwetsbare positie kwam.

¹⁶ GET's: Zorgen kan diepe impact hebben op jezelf (GET 11), Zorgen maakt kwetsbaar (GET 5) & Zorgen is waarden gedreven (GET 13).

Kim wordt nog altijd emotioneel als ze vertelt over een overlijden waar ze bij was en Esther is bij ieder overlijden weer geheel ontdaan omdat ze weken flashbacks ervaart.

Niet alleen ervaringen van emotionele kwetsbaarheid, maar ook van fysieke kwetsbaarheid hebben een diepe indruk achtergelaten. Saskia vertelt over een ervaring waarin ze slachtoffer werd van fysiek geweld en daardoor een bewoonster niet kon beschermen die net als haarzelf aangevallen werd door een mannelijke bewoner. Dit ging voor haar gepaard met gevoelens van onmacht en angst: *“Ik kon niks doen. Ik kon geen stap zetten want ik had een flinke stomp in mijn maag gehad. Ik kon niet roepen, ik kon helemaal niks, stond helemaal verstijfd. En dat was wel heel heftig.”*, *“Die angst voor wat met dat vrouwtje ging gebeuren.”*. Deze ervaring is in haar geheugen gegrift *“...dat, die paar seconden. Dat is wat nog in mijn hoofd zit.”*, *“Dat is me altijd bijgebleven. Dat kan ik, weet ik precies. Ik zie dat hele beeld nog precies voor me.”*.

Toch is de steun van collega's bij impactvolle ervaringen niet gegarandeerd, zo merkte ook Saskia achteraf, omdat veel van dit soort ervaringen als normaal worden gezien, het hoort erbij. Collega's hebben daardoor geen oog ervoor als het door iemand niet zo normaal wordt gevonden. Ze praten er *“gemakkelijk over”* en gaan voorbij aan de impact die het heeft achtergelaten. *“Ik denk dat we dat gewoon heel normaal vinden dat we denken van ja, weet je, het is gebeurd en we gaan verder.”*, zegt Kim, *“terwijl, ja, achteraf denk je dan wel van eigenlijk is het niet normaal wat gebeurt.”*. Uiteindelijk komt het werkelijke omgaan met onmacht en tragedie op haarzelf neer in haar privésfeer. Op het werk zet ze de knop om en *“[thuis moet je het] gewoon even van je aflopen of sporten.”*.

Een reden voor de ervaring dat op teamniveau impactvolle gebeurtenissen als normaal worden gezien, zou kunnen liggen in de opmerking van verschillende respondenten dat langere ervaring in de ouderenzorg en hun manier van coping ervoor heeft gezorgd dat ze minder moreel gevoelig zijn geworden. Toen Saskia net aan de opleiding begon, kon getuige zijn van lijden en onmacht haar flink raken, maar nu houdt haar dat niet meer zo bezig. Esther zegt dat het werk door de jaren gemakkelijker is geworden omdat ze harder is geworden. Ze vindt het wel nog *“best wel zielig”* als ze een zich verzettende bewoonster (slachtoffer van verkrachting in haar jeugd en daardoor getraumatiseerd) samen met een collega onder dwang moet wassen (met als resultaat blauwe plekken op de armen van de bewoonster), maar kan het voor zichzelf verantwoorden, *“want anders wordt ze niet verzorgd”*. Dat de bewoonster de laatste tijd haar verzet heeft gestaakt en het maar laat gebeuren, ziet Esther als een resultaat van *“goede zorg”*. Zo kan ze toch nog positiviteit ervaren en met een *“voldoende gevoel van ik heb wat goeds gedaan”* naar huis gaan. *“Dat houdt me nog hier.”*.

5.2 Conclusie en beantwoording van de eerste empirische deelvraag

Hoe ervaren zorgverleners de confrontatie met onmacht en tragiek in de dagelijkse praktijk binnen de intramurale ouderenzorg van Zuyderland Care?

Uit de bevindingen komt naar voren dat de respondenten een sterke intrinsieke motivatie ervaren om de bewoners van hun afdelingen te helpen, wat wordt ingevuld als oplossen en beter maken. Ze willen graag positiviteit en kwaliteit van leven bieden. De werkelijkheid van de zorg maakt echter dat hun idealen begrensd worden, enerzijds door tijdsgebrek, maar anderzijds door diverse factoren waar ze geen invloed op hebben. Dit brengt gevoelens van onmacht voort, omdat ze niet kunnen voldoen aan de eigen gevoelde verantwoordelijkheid voor het welzijn van de bewoners. Ook ervaren de respondenten onmacht door het blootgesteld worden aan tragiek, onmacht en het lijden van bewoners, terwijl ze dat niet kunnen wegnemen. Deze confrontatie is emotioneel voor de respondenten en brengt tevens een worsteling met zich mee met betrekking tot hun eigen visie op professionaliteit. Dit maakt dat emoties afgeschermd worden en wanneer ze toch emotioneel raken, moeten deze gevoelens zo snel mogelijk losgelaten worden. Daartoe worden vooral rationaliseringsstrategieën aangewend. Deze strategieën zijn echter niet voldoende om te voorkomen dat de respondenten kwetsbaar zijn voor impactvolle gebeurtenissen. Een van de redenen is dat situaties die door een respondent als heftig kunnen worden ervaren, door de collega's als normaal worden bestempeld, waardoor het omgaan met emoties een particuliere aangelegenheid wordt. Dat veel zaken als normaal worden beschouwd lijkt te komen door opgebouwde ervaring, die maakt dat morele gevoeligheid afneemt.

5.3 Bevindingen: Ervaringen met het evocatief narratief Zie Mij

Vijf respondenten werden in de interviews ook gevraagd naar hun ervaringen met Zie Mij. Aan de hand van twee overkoepelende thema's worden deze ervaringen beschreven teneinde de tweede deelvraag te beantwoorden: Op welke wijze kunnen ervaringen van zorgverleners die het evocatief narratief "Zie Mij" hebben bijgewoond in verband worden gebracht met het theoretische concept van catharsis?

Zie Mij is een beleving tussen fictie en realiteit, die leidt tot bewustwording¹⁷.

In tegenstelling tot de traditionele scholingen en klinische lessen waar de deelnemers in hun praktijk mee bekend zijn, benoemen ze het bijwonen van het evocatief narratief Zie Mij als "een ervaring", waarbij niet alleen het denken, maar ook het lichaam, de verbeelding en hun emoties werden aangesproken. Door de uitnodiging tijdens de presentatie de ogen gesloten te houden en enkel te luisteren, heerste er aanvankelijk bij de deelnemers verwarring en ook enige ongemakkelijkheid. Petra kwam met haar collega's in een "giefchelfase" omdat ze niet wisten wat te verwachten. Ook Bert en Frank beschrijven hun aanvankelijke ongemak door de breuk met het "normale". Toch merkten ze allemaal al snel dat het sluiten van de ogen in belangrijke mate bijdroeg aan de beleving van het gepresenteerde verhaal. "Omdat ik de ogen gesloten had, leek het ook net alsof ik even diegene [uit het verhaal] was." herinnert Frank zich en Bert had het gevoel "meegezogen te worden" in het verhaal. Dat hij met nog twintig anderen in de ruimte zat, vergat hij helemaal.

Voor de deelnemers ging het verhaal leven omdat ze het konden inkleuren met eigen ervaringen uit hun dagelijkse praktijk. Alhoewel het een fictief verhaal is, voelde het als "echt". Voor Frank ging het leven omdat hij zich als zorgverlener kan inbeelden hoe het is om in een kamer te zitten, terwijl het voor Sandra bijna één op één overeenkwam met een situatie die op dat moment speelde, "Het was niet zijn verhaal, nee, maar het kwam zo helemaal overeen dat het echt, dat vond ik echt bizar.". Deze herkenning maakte de ervaring "wel heel heftig". Ook Petra vond herkenning, maar vooral op een positieve manier. Zij herkende zichzelf in het -volgens haar- juiste handelen van het fictieve personage. Voor Bert leken eigen moeilijke ervaringen uit de praktijk en de verhaallijn uit Zie Mij zich te vermengen,

¹⁷ GET's: De ervaring Zie Mij (GET 16), Raakvlakken (GET 22), Bewustwording door reflectie (GET 17) & Verschuiving van perspectief (GET 21).

waardoor bij hem een reflectie op zijn eigen handelen en bewustwordingsproces op gang kwam.

Bewustwording als effect van Zie Mij wordt door alle deelnemers onderschreven, maar krachtig verwoord door Frank. Hij vindt de kracht van Zie Mij *“Dat je je [van het perspectief van de bewoner] bewust wordt. Want je kan het wel 100 keer tegen iemand vertellen [...] maar Zie Mij laat het je echt beleven.”*. Door de beleving van het zich ontpinnende verhaal, kwam er bij de deelnemers een reflectie op het eigen handelen op gang, wat leidde tot bewustwording. Petra vertelt dat ze in de reflectie zich ervan bewust werd dat ze nog te vaak *“in haar hoofd”* bezig is met allerlei taken die ze nog moet uitvoeren, waardoor ze minder aandacht heeft voor de bewoners, *“je doet dat toch onbewust meer dan je denkt...”*.

Sandra is van mening dat ze de bewustwording die Zie Mij opwekte soms nodig heeft. Het is voor haar een tegenwicht aan het automatisme waar zijzelf ook gemakkelijk in vervalt. Er zijn binnen de zorg weliswaar protocollen om dit automatisme tegen te gaan, bijvoorbeeld door iedere dag het actuele verzorgingsplan te openen, maar in de praktijk houden de meeste zorgverleners zich hier niet aan. Door de bewustwording vindt Sandra Zie Mij daarom effectiever.

De reflectie op het eigen handelen werd voor de deelnemers vooral op gang gebracht door een perspectiefverschuiving. In het verhaal beleefden ze het perspectief van een bewoner, iets wat volgens Frank geen vanzelfsprekendheid is, *“er wordt wel heel vaak gekeken van, oh, dat is een vervelende meneer, maar wat die meneer allemaal heeft meegemaakt, daar wordt vaak niet aan gedacht.”*. Esther antwoordt heel eerlijk dat ze zich bewust werd van het feit dat het perspectief van de bewoner voor haar normaal gesproken niet echt een rol speelt als ze op de kamers *“haar ding”* doet. Zie Mij was voor haar een *“wake-up call”* die ze nodig had om zich weer te richten naar de beleving van de bewoner waar ze voor zorgt. Deze bewustwording van de beleving van de ander was voor Bert confronterend. Het riep een schuldgevoel op omdat hij tijdens Zie Mij beseftte dat hij vooral vanuit zijn eigen perspectief reageerde op een bewoner met dwangmatig gedrag, *“dat heeft me wel een beetje de ogen geopend van ja, zie mij inderdaad, zie mij dat ik er niks aan kan doen.”*.

Het perspectief van een bewoner, dat in Zie Mij *“echt beleefd”* wordt, is in de dagelijkse praktijk iets dat als ontoegankelijk wordt ervaren. Hoe *“iemand [die] ouder is”* zaken ervaart, zien de deelnemers normaal gesproken niet. Esther vond het dan ook *“heftig”* die gevoelens van de bewoners mee te ervaren, het kwam *“echt wel binnen”* toen ze beseftte dat *“de gevoelens van iemand ook wel heel belangrijk zijn”*.

De deelnemers geven aan dat ze er “*punten uit meenemen*” waar ze in de praktijk iets mee kunnen en waar ze “*allemaal in kunnen verbeteren*”. Het heeft hen tot “*nadenken*” aangezet dat zorg meer is dan de theorie van “*ziektebeelden en benaderingswijzen*” die in de opleiding aan bod kwam. Bert benoemt dat het hem ondersteunt in het omgaan met machteloosheid, omdat hij nu beter begrijpt “*wat het met een mens doet*”. Een dimensie van zorg waar in de opleiding geen aandacht voor was. In die zin heeft Zie Mij voor de respondenten een belangrijke meerwaarde voor hun zorgpraktijk.

Persoonlijke geraaktheid en gezamenlijke verbinding¹⁸.

Als de deelnemers reflecteren op hun eigen innerlijke wereld tijdens het beluisteren van Zie Mij, zeggen ze allemaal geraakt te zijn. Voor Bert en Sandra riep Zie Mij sterkere emoties op dan bij de anderen. Voor Sandra was dit omdat het verhaal voor haar gevoel raakte aan een casus die in de praktijk veel indruk op haar maakte: *Nou, ik voelde gewoon die frustratie van die cliënt. Ik ben toen ook echt even naar buiten moeten gaan...*. Voor Bert was het een mix van eigen persoonlijke ervaringen en het schuldgevoel dat werd opgewekt door reflectie op zijn eigen handelen in de zorgpraktijk wat maakte dat hij zijn tranen niet kon bedwingen. Beide deelnemers geven aan dat het ervaren van de emoties hen goed heeft gedaan. Voor Sandra was het een gevoel van opluchting dat opgekropte emoties losgelaten konden worden, terwijl Bert het vooral “*goed*” vond voor zichzelf de impact te hebben ervaren, maar hij zou het geen opluchting willen noemen.

Deelnemers vertellen ook over gevoelens van empathie die werden opgewekt, waardoor ze na Zie Mij gevoeliger waren voor de beleving van de bewoners op de afdeling. Esther vond het “*zelig*” en “*heftig*” te zien hoe iemand zich kan voelen en heeft haar handelen veranderd, in plaats van haar “*normale snel, snel, snel*”, gaat ze nu de kamer op en denkt “*oké, doe chill, relaxed, alle tijd...*”.

Voor Bert zorgde Zie Mij voor een empathische reflectie op de situatie van de bewoners: “*Ja, en toen voelde ik me zo schuldig en toen ging ik weer terugdenken en dat ik dacht van, oh ja, ik heb dit ook wel eens tegen die cliënt gezegd maar die cliënt kan daar dus helemaal niets aan doen en waarom reageren wij zo vanuit mens?*”. Zichzelf deze vragen stellen maakte dat hij zich bewust werd van zijn eigen oordelen en vooroordelen over de

¹⁸ GET's: Een emotionele ervaring. (GET 18), Empathische gevoelens (GET 19) & Een gezamenlijke ervaring (GET 20).

bewoners, wat resulteerde in een meer empathische blik in de dagelijkse zorgpraktijk: “...*dus toen ik weer terug het werkveld in ging en toen keek ik ook heel anders naar de cliënt en dacht ik, ja, zie mij.*”.

Zie Mij was voor de deelnemers een persoonlijke ervaring en beleving, waarin eigen ervaringen en gesitueerdheid zich vermengden met het verhaal. Toch was er ook een dimensie die bij alle deelnemers terugkwam, namelijk dat ze ondanks de gesloten ogen wat hun naar binnen deed keren, ook een gevoel van verbinding hadden met de andere deelnemers. Deze verbinding kwam voor de respondenten sterk naar voren in de herkenning van emoties bij elkaar en in de gedeelde stilte die heerste na de presentatie. Een dergelijke gedeelde ervaring “*maakt een team sterker*”, volgens Frank.

5.4 Conclusie en beantwoording van de tweede empirische deelvraag

Op welke wijze kunnen ervaringen van zorgverleners die het evocatief narratief “Zie Mij” hebben bijgewoond in verband worden gebracht met het theoretische concept van catharsis?

In grote lijn zien de respondenten Zie Mij als een verbindende gezamenlijke ervaring waarin iedere deelnemer op zijn eigen wijze uitgenodigd wordt te reflecteren op het verhaal in relatie tot zijn of haar eigen zorgpraktijk. Deze reflectie maakt de respondenten bewust van hun eigen handelen. Daarnaast noemen de respondenten de ervaren bewustwording van het perspectief van de bewoner die aan hun zorg is toevertrouwd een belangrijk element van Zie Mij. De combinatie van de reflectie op eigen handelen en de perspectiefverschuiving maakt dat de respondenten zelf opmerken waar de zorg kan verbeteren en ze worden door het ‘belevingskarakter’ van Zie Mij persoonlijk aangesproken dit in hun eigen werksituatie in praktijk te brengen. Voor enkele respondenten bracht Zie Mij een sterke emotionele reactie teweeg.

Aan de oppervlakte kan de ervaring van Zie Mij dus in relatie worden gebracht met het concept van catharsis door de genoemde opwekking en de uiting van emoties. Aristoteles stelde echter ook dat catharsis helpt bij de reflectie op morele waarden en dat de tragedie hier een bron voor is. Nu is Zie Mij geen tragedie in strikte zin, maar het draagt er wel degelijk kenmerken van. Zie Mij is bijvoorbeeld geen geschiedschrijving, maar een fictief verhaal over zaken die kunnen gebeuren en mogelijk zijn. Ook wordt dit verhaal zonder tussenkomst van een verteller gepresenteerd aan het publiek en draait het om handelende personen. Vooral dit laatste geeft de ethische lading aan het verhaal (ethiek is immers de vraag naar het goede handelen). Deze lading werd door de respondenten sterk aanvoeld. Ze geven allemaal in eigen bewoordingen aan dat het bijwonen van Zie Mij, wat niet zozeer rationeel als wel

emotioneel, lichamelijk en verbeeldend werd ervaren, hen sterk bewust heeft gemaakt van de morele dimensie van zorg. Dit zorgde ervoor dat bij hen allen persoonlijk een reflectie (de ‘verfijnde perceptie van Aristoteles, zie paragraaf 3.8) op gang werd gebracht over het goede binnen hun eigen zorgpraktijk die vervolgens geïntegreerd werd in hun eigen handelen. Concluderend kan dus gesteld worden dat Zie Mij de mogelijkheid tot catharsis in zich draagt.

HOOFDSTUK 6 *Zorgethische discussie*

6.1 De zorgethische benadering

Zorgethisch onderzoeken beweegt zich van onderen naar boven. Om antwoord te vinden op de vraag naar goede zorg, wordt begonnen bij de concrete zorgrelatie, niet bij kaders en formules van buiten deze concrete relatie (Baart & Vosman, 2015). Zorgethiek is een “ethiek van de ethos” (p. 51) waarin wordt gekeken naar wat door diegenen die handelen en het handelen ondergaan als goed wordt ervaren. Het is dus geen voorschrijvende (prescriptieve) ethiek, maar een ontdekkende ethiek. Empirisch onderzoek en zorgethische theorie worden met elkaar in dialoog gebracht om een zoeklens (of heuristische lens (Vosman & Niemeijer, 2017)) te vormen teneinde naar bestaande praktijken te kijken, te articuleren wat daar al op een bepaalde manier gedaan en geweten wordt en dit kritisch en constructief te doordenken (Baart & Vosman, 2015). Daartoe wordt binnen de Utrechtse Zorgethiek de drieslag meedenken, tegendenken en omdenken (Vosman, 2014) toegepast.

In het meedenken wordt meegekeken naar zorgpraktijken vanuit de perspectieven van de betrokkenen en worden deze serieus genomen. De resultatensectie (hoofdstuk 5) is de empirische weerslag van dit meedenken, waarin de beleving van de zorgverleners centraal staat, zonder objectiverende of moraliserende reflecties. In deze zorgethische discussie worden de empirische bevindingen meegedacht (paragraaf 6.2) door ze te verbinden met het theoretisch kader en relevante aanvullende zorgethische theorie.

Vervolgens zal worden tegengedacht (paragraaf 6.3), dat wil zeggen dat ik als onderzoeker kritisch kijk naar wat in de empirische resultaten en het meedenken is gezegd en hoe zich dit verhoudt tot bestaande “frames” in de zorg. In het licht van de resultaten van het meedenken wil ik passende “frames” zoeken en misleidende beproeven (Vosman, 2014). Ook in het tegendenken blijft het zorgethisch denken gecommitteerd aan diegenen die daadwerkelijk zorgen.

In het omdenken wordt vervolgens gezocht naar een gezamenlijk gedragen beeld van zorg, een nieuwe *care imaginary*¹⁹ (Vosman, 2014) waarin de betrokkenen zich kunnen herkennen en wat hen ondersteund in de praktijk.

6.2 Meedenken

Zoals uit de bevindingen naar voren komt, werken de geïnterviewde zorgverleners vanuit de intrinsieke motivatie iets te willen betekenen voor hun medemens. Stuk voor stuk voelen ze zich ten diepste betrokken bij “hun” bewoners en gebruiken ze termen als passie, liefde en roeping om deze motivatie te beschrijven. Ze delen een ideaal, een visie op zorg waarin ze positiviteit willen brengen, afgestemd op de behoeftes van de bewoners. Tegelijkertijd spreken ze ook over de haastige cultuur waarbinnen ze werken en het automatisme dat er een gevolg van is. Het *frame* van persoonsgericht werken is weliswaar het ideaal, toch komt dit uit beschrijvingen van de praktijk niet sterk naar voren. Wanneer het ideaal niet bereikt kan worden, accepteren de deelnemers dit en kunnen ze dit voor zichzelf verantwoorden door zich te beroepen op ervaring. Toch blijkt dat die verantwoording naar zichzelf niet kan wegnemen dat het ook blijft schuren, omdat ze ook een verantwoordelijkheid voelen richting de bewoners.

De vraag naar verantwoordelijkheid en de daaruit voortvloeiende visie op het goede of juiste handelen, staat centraal in het expressief-collaboratief model van moraliteit van de reeds eerdergenoemde Margret Urban Walker (2007). In tegenstelling tot het theoretisch-juridisch model van moraliteit, dat gekenmerkt wordt door abstracte, uniforme en gegeneraliseerde theorieën en formules (denk aan bijvoorbeeld de deontologie, het utilitarisme of het principilisme) waar het goede handelen uit gededuceerd kan worden, is haar model van moraliteit gegrondvest in de beleving en betekenisgeving van de betrokkenen in de concrete context. Deze inductieve manier van denken over moraliteit past binnen het zorgethische kader van deze discussie omdat, zoals reeds gesteld, zorgethiek zich ook richt op het ‘goede’ zoals dat naar voren komt in concrete situaties met concrete actoren. De Utrechtse Zorgethiek noemt zich dan ook expliciet schatplichtig aan Walker (Leget et al., 2017).

Walker’s meta-ethische²⁰ stelling is dat moraliteit naar voren komt en zichtbaar wordt in verhalen die mensen vertellen over identiteit, relaties en waarden. Moraliteit is volgens haar

¹⁹ In *imaginaries* wordt gezamenlijk begrip gevormd door te onderzoeken welke toekomstscenario’s mogelijk kunnen zijn en welke handelingsmogelijkheden daar nu voor aangewend kunnen worden (Groves, 2013).

²⁰ In de meta-ethiek wordt de vraag gesteld hoe kennis over ‘het goede handelen’ ontstaat.

geen vaststaand gegeven dat ‘van buitenaf’ beoordeeld kan worden, maar een persoonlijk en interpersoonlijk proces van betekenisgeving. We leren moraliteit met en van anderen omdat we in ons handelen altijd in relatie staan tot de ander. Daarbij rijst de vraag in hoeverre we verantwoordelijk zijn voor die ander en in hoeverre mijn leven mij toebehoort? Met andere woorden, ben ik altijd verantwoordelijk voor personen die kwetsbaarder zijn dan mijzelf, of zijn er grenzen die ik mag stellen? Deze vraag lijkt ook aanwezig bij de geïnterviewde deelnemers wanneer ze spreken over de moeite die ze hebben in het moeten kiezen wie aandacht krijgt en wie niet of minder.

De visie op moraliteit die Walker ontvouwt, toont dat moraliteit niet alleen vaststaande persoonlijke overtuigingen zijn waar we aan vasthouden, maar dat het vaak ‘reparatieve processen’ zijn, processen waarin binnen concrete contextualiteit gezocht wordt naar wegen om schade te voorkomen aan onszelf of anderen, als niet kan worden voldaan aan de eigen morele standaard. Dit kan ook betekenen dat eigen moraliteit verandert, bijvoorbeeld doordat men zich aanpast aan een groter systeem van betekenisgeving. Integriteit en integer handelen, die nauw verband houden met moraliteit, betekenen in deze zin het betrouwbaar en verantwoordelijk blijven in veranderende contexten en (afhankelijkheids)relaties.

Uit de empirische bevindingen komt een beeld naar voren dat bovenstaande beschrijving van moraliteit lijkt te bevestigen. Wanneer de zorgverleners spreken over hoe ze in de zorg terecht zijn gekomen, vertellen ze verhalen die inderdaad elementen van identiteit, relaties en waarden in zich dragen (woorden als liefde, passie en roeping). Wanneer ze reflecteren op de huidige zorgpraktijk lijken ze meer verwijderd van dat eigen verhaal. Ze geven aan minder geraakt te worden dan vroeger en harder te zijn geworden. Door de jaren lijkt de moraliteit van de respondenten te verschuiven richting de moraliteit van het team, de afdelingcultuur die dominant is en zich kenmerkt door een gerichtheid op oplossend handelen, rationalisering en normalisering van impactvolle gebeurtenissen. “Het is gebeurd en we gaan weer verder”, zoals Kim het stelde. Deze dynamiek is in lijn met de opmerkingen van Kroken (2023), Hansen et al. (2023), Manschot (2003) en Merlo et al. (2020) uit het theoretisch kader (paragraaf 3.6). Zorgmedewerkers lijken afgesloten te raken van hun eigen oorspronkelijke professionele waarden, door de gehaaste, probleem-oplossende ‘doe’-modus wat volgens Kroken (2023) kan leiden tot dehumanisering van de zorg als geheel.

De dehumanisering (het gevoel ‘iets te missen’ als het gaat over de menselijke dimensie in de zorgpraktijk) komt op twee manieren naar voren in de resultaten. Enerzijds is er de discrepantie tussen de eigen gevoelde verantwoordelijkheid van de zorgverlener en de opgelegde verwachtingen vanuit het team en de organisatie. Hierdoor wordt de vraag hoe

betrouwbaar en verantwoordelijk te blijven naar zowel het team als naar de bewoner (de integriteit van Walker) een persoonlijke uitdaging die kan zorgen voor gevoelens van tekortschieten en onmacht bij de individuele zorgverlener. Anderzijds wordt van de kwetsbare bewoners verwacht dat zij begrijpen dat niet altijd aan hun behoeften voldaan kan worden en dit te accepteren. De waarden van compassie, uniek zijn, autonomie en samen beslissen, zoals beschreven in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (zie ook paragraaf 1.2) lijken zo gezien een voorwaardelijk karakter te krijgen. Als de tijd het toelaat, kunnen ze toegepast worden.

Naast de vraag naar hoe trouw te blijven aan het eigen gevoel van verantwoordelijkheid binnen een systeem dat gericht is op productie, op doorwerken en haast (de gevoelens van onmacht waar zorgverleners zelf op reflecteren, paragraaf 5.1, pp. 38-39), blijken de zorgverleners ook emotioneel kwetsbaar door blootstelling aan onmacht en tragiek in de levens van de bewoners (paragraaf 5.1, pp. 39-40). De complicerende factor in deze is dat zij zorg (en dus hun verantwoordelijkheid) opvatten in termen van ‘positiviteit brengen’ en ‘de situatie verbeteren’, zonder dat ze in de opleiding toegerust zijn om met negativiteit, onoplosbaarheid en niet-maakbaarheid, de zogenaamde tragische dimensie van het leven, om te gaan.

De grondhouding die naar voren komt uit de interviews is er een van ‘oplossen, en als dat niet gaat, loslaten en opnieuw op zoek gaan naar oplossingen”. In deze houding klinken de sociologische duidingen van Rosa (2016, 2019) en Han (2022) door (zie paragraaf 3.1 en 3.3). Levend in een maatschappij die geluk als maakbaar voorstelt, is het niet verwonderlijk dat de (relatief jonge) zorgverleners dat meenemen in hun werkzame bestaan. Als ze dan toch met tragiek geconfronteerd worden, maakt dit hun kwetsbaar. Binnen de moraliteit van het team, waarin deze ervaringen worden genormaliseerd en gerationaliseerd om de haastigheid niet te verliezen, is er weinig ruimte voor steun. Emoties mogen ‘even’ gedeeld worden, waarna weer doorgedaan moet worden. Zoals Han (2022) heeft beschreven, verplaatsen deze gevoelens van onzekerheid, twijfel en angst zich dan naar het privé-domein, waar ze kunnen worden geïnterpreteerd als eigen falen. Deze worsteling komt naar voren in de woorden van Esther, die zichzelf kwalijk neemt dat ze haar emoties niet kan bedwingen. Ze schaamt zich en vindt zichzelf onprofessioneel. Tegelijkertijd weet ze ook niet hoe ze zich ervan af zou moeten sluiten omdat ze “*toch met mensen werkt*”. Om hieraan te ontsnappen en er, in de woorden van Bert “*niet zelf aan onderdoor te gaan*”, heeft de zorgverlener weinig andere keuze dan zich te conformeren aan de teammoraliteit en ‘harder’ te worden, emotioneel afstand te nemen. Elena Pulcini (2015) noemt dit proces *rejection of vulnerability*, en waarschuwt in navolging van Kittay (1999) dat daardoor geweld en overheersing de

zorgrelatie kunnen binnenkomen. Het voorbeeld van Esther over het verzorgen onder dwang, zou als een bevestiging hiervan gezien kunnen worden.

6.3 Tegendenken

De vraag rijst nu hoe bovenstaande processen zich verhouden tot het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2021) dat juist als doel heeft de kwaliteit van zorg te vergroten. Wat opvalt is het laatmoderne (neoliberale) karakter van het kwaliteitskader (zie ook paragraaf 1.3). De verpleeghuisbewoner wordt getypeerd als de cliënt op de zorgmarkt die de zorg kiest die bij hem past en autonoom keuzes kan maken om zo zijn leven optimaal te verwerklijken. Deze basisvisie wordt ondersteund door foto's van lachende ouderen die vitaal en actief zijn (ze biljarten, kaarten of zitten achter een laptop en hebben allen een brede glimlach). Het zorgpersoneel staat ten dienste van de cliënt om dit 'goede leven' zo optimaal mogelijk vorm te geven, waarbij zij de keuzes en wensen van de cliënt volgen en alleen de waarde 'veiligheid' een beperking zou kunnen vormen. De logica van het kiezen (zie Mol (2006) in paragraaf 3.6) in optima forma. Daarbij steunt het Kwaliteitskader sterk op een idee van maakbaarheid ("zo doen we dat" zie paragraaf 1.3). Als de stappen van het kader gevolgd en de keuzes van de cliënt gerespecteerd worden, is kwaliteit van leven en zorg een garantie. Uit de resultaten van de interviews met de zorgverleners komt naar voren dat dit lang niet voor alle bewoners een reëel perspectief is.

Waar het gaat over het beeld van de professional, komt in het Kwaliteitskader een beeld van een aandachtige, luisterende en kijkende, goed opgeleide en empathische mens naar voren die daarnaast voortdurend gericht is op zichzelf ontwikkelen, leren en bijsturen. Door middel van structurele reflectie binnen het team, wordt ook gezamenlijk geleerd (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021, p. 16). Echter, bij een kritische lezing valt op dat de 'richtinggevende norm van aandacht' enkel wordt ingevuld als het kennen van de naam van de cliënt, zijn achtergrond en wensen. Hierin is de opmerking van Han (2017) te herkennen dat in de laatmoderne tijd alles gereduceerd wordt tot "informatie *die onafhankelijk van de context kan circuleren* [cursief in origineel]" (p.16), waarbij vreemdheid en andersheid hindernissen vormen. Aandacht verwordt zo tot het kennis nemen van enkele ingevulde 'tekstboxen' in het zorgplan. Waar het verder over aandacht gaat, gaat het over voldoende personeel bij zorgtaken en het houden van toezicht (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021, p. 27). De genoemde structurele reflectie op teamniveau staat vooral in het teken van optimalisering van zorg (p. 16). Leren en ontwikkelen wordt ingevuld als versterken van vakbekwaamheid en aandacht voor het omgaan met dilemma's in de zorg (p. 28). Dit laatste

kwam ook bij Liaschenko et al (2005) reeds aan bod (paragraaf 3.8), namelijk de eenzijdige aandacht voor ‘crisis-issues’, maar niet voor ‘huishoud issues’.

Uit de interviews met de zorgverleners komt naar voren dat dit *frame* van de empathische professional uit het kwaliteitskader een te positief beeld schetst van de werkelijkheid. Het kwaliteitskader is sterk gericht op het verbeteren van de levenskwaliteit van de bewoners van de verpleeghuizen en is daarom een belangrijk document, maar het ontbreken van een visie op de tragische dimensie en de ondersteuning van de zorgprofessionals daarin, kan hen kwetsbaar maken (en daarmee ook de bewoners). Het biedt geen antwoord op het risico op secundaire traumatisering (paragraaf 3.7) en op de zelfbeschermingsstrategieën van onderdrukking en rationalisering (Merlo et al, 2020) die de zorg juist meer kunnen dehumaniseren.

Een belangrijk element in het Kwaliteitskader is het thema ‘compassie’ (de bewoner ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip) wat nauw samenhangt met het thema ‘uniek zijn’ (de bewoner wordt als individu benaderd, met zijn eigen verhaal en identiteit) (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021, p. 11).

Binnen de zorgethische theorie wordt de rol van empathie en compassie in de zorgrelatie doordacht. Zorgethici zijn kritisch op de hedendaagse invulling van deze begrippen. Zoals reeds in het theoretisch kader (paragraaf 3.8) beschreven, stellen van Dijke et al. (2023) dat empathie binnen de zorg tegenwoordig vooral rationeel wordt benaderd, als het begrijpen van de ervaringen van de ander waarbij emoties een belemmering vormen voor de objectiviteit van de professional. Het zijn juist emoties en de andersheid van de ander binnen de zorgrelatie die een belangrijk thema vormen in het werk van sociaal filosoof Elena Pulcini (1950-2021).

Empathie staat volgens Pulcini (2015) aan de basis van een zorgrelatie. Zij omschrijft empathie als het menselijk vermogen bewust te zijn van de gevoelens van een ander in het volle besef dat er een verschil bestaat tussen mijzelf en de ander. Empathie is “moreel neutraal”, maar kan verschillende morele sentimenten voortbrengen, bijvoorbeeld het tonen van compassie. Compassie is een pijnlijke emotie, voortgebracht door getuige te zijn van het (onverdiende) lijden van een ander. Pulcini stelt dat compassie, als emotie, de basis kan vormen voor goede zorg, maar alleen wanneer compassie wordt opgevat als een meevoelen van de pijn van de ander in het volle besef van het verschil tussen mijzelf en de ander.

De visie op compassie die Pulcini uitwerkt, verschilt van de omschrijving uit het kwaliteitskader. Het kwaliteitskader presenteert compassie als het tonen van inlevingsvermogen, empathie en begrip, gegrond in communicatieve en sociale vaardigheden

en kennis van het verhaal van de cliënt (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021, p. 37). Wat compassie wordt genoemd, komt eerder overeen met de beschrijving van de gangbare visie op empathie in de zorg, zoals Van Dijke et al. (2023) deze beschreven. Uit de ervaringen van de respondenten komt daarentegen de visie van Pulcini sterker naar voren. Medewerkers ervaren inderdaad pijnlijke emoties als ze getuige zijn van het lijden, tragiek en onmacht van de bewoners.

Dit onderscheid is belangrijk omdat de rationaliserings- en onderdrukkingsmechanismen die de zorgverleners aanwenden, manieren zijn om zich af te schermen voor de emoties die ze ervaren. Deze worden het sterkst ervaren als het de zorgverleners niet lukt de andersheid van de ander te blijven zien. Een voorbeeld hiervan is Bert die geheel opgeslokt wordt door de betrokkenheid bij een terminale bewoner en zich dusdanig persoonlijk aangesproken voelt dat de grenzen van professionaliteit vervagen en hij op het werk en thuis alleen nog maar aan de cliënt kan denken, alsof het zijn eigen moeder was. Compassie kan in die zin kwetsbaar maken en vraagt om ondersteuning van buiten de relatie (Kittay, 1999) om processen van *'othering'* en *'rejection of vulnerability'* tegen te gaan. Een morele ruimte (Walker, 1993) waarin gereflecteerd kan worden op 'het goede', is zo'n ondersteuning (zie paragraaf 3.8). Tegelijkertijd ontstaat hier ook een risico.

Als we de visie op moraliteit van Walker uit de vorige paragraaf volgen, rijst de vraag of en op welke wijze abstracte ethische principes (toch) een rol kunnen spelen in het nadenken over 'het goede' binnen de morele ruimte. 'Het goede' emergeert in Walkers model immers uit de relatie en is verbonden met de persoonlijke moraliteit van de betrokkenen. Er kan niet worden 'teruggevallen' op universele morele theorieën of formules als uitgangspunt, het theoretisch-juridisch model, dat Walker juist bekritiseert en ook binnen het zorgethisch denken niet passend is (Leget et al., 2017). De vraag die binnen de zorgethiek gesteld wordt is wiens perspectieven en kennis geïnccludeerd dienen te worden om te bepalen wat 'goede zorg' is (ibid.). Ik was als onderzoeker bijvoorbeeld een paar keer onthutst over de antwoorden die respondenten gaven over hun zorgpraktijk. Vanuit mijn moraliteit werd er in bepaalde voorbeelden van de respondenten geen goede zorg geboden (bijvoorbeeld het onder dwang wassen van een getraumatiseerde bewoner, wiens perspectief niet werd meegenomen), terwijl de betreffende respondenten hier wel van overtuigd waren. Omdat Walker's theorie van meta-ethische aard is, biedt zij weinig aanknopingspunten als het gaat om sturing in concrete praktijken.

Filosofe Virginia Held (2017), die een belangrijke invloed heeft op de zorgethische theorievorming, identificeert een soortgelijk probleem binnen de zorgethiek, wanneer zij stelt

dat het identificeren van het juridische en het zorg perspectief²¹ de vraag openlaat welke van de twee dan richtinggevend moet zijn in de praktijk? Waardigheid en rechtvaardigheid, bijvoorbeeld, zijn weliswaar abstracte principes, maar dienen toch ook in de zorgrelatie een plaats te hebben. Held stelt voor verschillende morele systemen als ‘overlappende cirkels’ te zien, met weliswaar ieder hun eigen domein (bijvoorbeeld rechtvaardigheid horend bij het juridisch domein en relationaliteit en contextualiteit horend binnen het zorgdomein) maar die ook van invloed zijn op de andere domeinen, zij het dat het ‘eigen’ morele systeem prioriteit heeft. Met andere woorden, zorgpraktijken vinden plaats binnen instituten waardoor juridische en politieke principes ook een rol spelen binnen die praktijken, al staan in de persoonlijke zorgpraktijk de afstemming, relationaliteit en contextualiteit voorop. Op institutioneel niveau bestaan (abstracte) principes die kaders bieden aan de zorgpraktijken en die tot op zekere hoogte die praktijk sturen. Toch ontstaat ook hier een risico, aangezien binnen zorgorganisaties ook economische motieven een belangrijke rol spelen (zie Kroken, Tronto en Fisher, paragraaf 3.6) die juist een cultuur van haast en een oplossende doe-modus voortbrengen en -zoals we reeds zagen- dehumaniserend werken. Fisher merkt op dat “een model van persoonlijke verantwoordelijkheid, dat door de meeste versies van ethiek wordt verondersteld, weinig invloed heeft op het gedrag van kapitaal of bedrijven.” (2009/2024, p. 88).

Het probleem dat hierboven geschetst werd, namelijk de vraag naar wiens perspectief op zorg geïncorporeerd wordt in de vraag naar ‘goede zorg’ kan door inwerking van de genoemde dehumaniserende processen vertroebeld raken. Een probleem is bijvoorbeeld dat wanneer een team (waarbinnen de persoonlijke moraliteiten van de respondenten opschuiven naar de ‘hardere’ teammoraliteit) samen binnen een morele ruimte gaat reflecteren over ‘het goede’, dit binnen de bestaande dominante moraliteit gebeurt. Persoonlijke waarden van de zorgverleners kunnen in de verdrukking raken of blinde vlekken binnen het team kunnen niet opgemerkt worden, omdat ‘men’ ervan overtuigd is dat er ‘goed’ gehandeld wordt. Dit probleem wordt ook door filosoof/ethicus Dick Kleinlugtenbelt (2023) gesignaleerd binnen moreel beraden (die ook als een variant van de morele ruimte van Walker kunnen worden gezien). Deelnemers aan de moreel beraden staan vaak “niet vrij in morele kwesties” (p. 8), ze kijken eerder naar hoe anderen in kwesties staan, dan dat ze onderzoeken hoe dat bij hen zelf

²¹ In haar artikel refereert Held aan de perspectieven zoals beschreven door Carol Gilligan (1982/2003) en niet aan het expressief-collaboratief model van Walker. De vraag is naar mijn idee echter ook op Walker van toepassing.

is. Daarnaast heeft het kapitalistisch realisme (Fisher, 2009/2024, zie paragraaf 3.6) als eigenschap dat het een ‘vergeetachtigheid’ creëert om zichzelf in stand te houden. Personen ‘vergeten’ elementen van de realiteit die niet passen binnen het neoliberale denken, om zo de eigen positie te consolideren. Dat respondenten aangaven dat ze het als een wake-up call ervaren dat ze het patiënten perspectief vaak veronachtzaamden, kan als een voorbeeld worden gezien van dit ‘vergeten’.

Bovenstaand tegendenken doet de vragen rijzen in hoeverre enkel een teamreflectie binnen een morele ruimte vruchtbaar zal zijn in het verkleinen van het risico op *othering* en *rejection of vulnerability*, omdat de groeps-moraliteit, de rationele benadering van empathie en compassie en het marktdenken binnen de zorginstellingen sterke krachten zijn die deze reflectie bemoeilijken. Hoe kan dan toch recht worden gedaan aan Walker’s opmerking dat ‘het goede’ emergeert uit de concrete zorgrelatie en verbonden is met de perspectieven en moraliteit van de betrokkenen en hoe kan de persoonlijke moraliteit van zorgverleners versterkt worden teneinde een klinkend perspectief te blijven in de vraag naar ‘goede zorg’?

6.4 Omdenken

In de vorige paragraaf is door middel van het heen en weer bewegen tussen empirie en theorie de spanning blootgelegd en geduid die het huidige *frame* van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (2021) in relatie tot de zorgpraktijk van de geïnterviewde zorgverleners oproept. Daarmee wordt niet beweerd dat dit kwaliteitskader niet voldoet. Het biedt een sterke impuls voor zorgorganisaties om (samen) te werken aan kwaliteit voor de bewoners in de verpleeghuizen. Toch zijn er ook effecten blootgelegd die deze intentie onder druk zetten. Ook heb ik een risico benoemd dat ontstaat als er binnen een ‘morele ruimte’ een dominante moraliteit bestaat. In deze paragraaf wil ik door omdenken deze ‘schade’ beperken door dicht bij de empirische bevindingen te blijven en te zien hoe het evocatief narratief Zie Mij en met name het concept catharsis, vanuit zorgethisch perspectief in verband kan worden gebracht met humaniserende processen binnen de zorgpraktijken van de deelnemers.

In een gesprek met Margaret Urban Walker (M.U. Walker, persoonlijke communicatie, 23 mei 2024) heb ik haar het probleem dat ik meen te zien voorgelegd. Walker antwoordde dat haar visie op moraliteit inderdaad niet bedoeld is als een theorie die bepaalt hoe in concrete situaties gehandeld dient te worden, maar dat het binnen het expressief-collaboratief model wel mogelijk is een ‘geografie van verantwoordelijkheden’ bloot te leggen. Deze inzichtelijk maken is als het openen van een deur, vertelde Walker, het is aan de betrokkenen de drempel over te stappen.

De metafoer van de deur die Walker opwerpt is ook passend voor het evocatief narratief Zie Mij. Nadat de deelnemers met gesloten ogen naar het verhaal hebben geluisterd en vervolgens het filmpje hebben bekeken, verlaten wij (de ‘presentatoren’) de ruimte, met de opmerking dat eenieder vrij is de ruimte te verlaten op een door henzelf gekozen moment. De metaforische deur wordt geopend door het verhaal enkel aan te bieden, zonder daarna nog te evalueren, te discussiëren etc. De presentatie eindigt in stilte. Door achteraf niet samen te spreken over de ‘opbrengst’, is ook niet direct ‘meetbaar’ wat het effect is van Zie Mij. Om bij de metafoer te blijven; het blijft onbekend hoeveel mensen voor zichzelf de drempel zijn overgestapt. De gehouden interviews voor dit onderzoek boden die mogelijkheid wel.

Uit de bevindingen komt naar voren dat tijdens en na de presentatie bij de deelnemers een persoonlijk proces van reflectie en bewustwording op gang kwam, wat zich met name richtte op het perspectief van de bewoner in het verhaal. Door de opzet van de presentatie hadden de deelnemers het gevoel dat ze de ervaringen van de bewoner echt konden “beleven” en werden ze zich bewust van de andersheid van de ander. Door dit perspectief van de ander in te kunnen nemen, begon ook een reflectie op het eigen handelen. Een opvallend resultaat van deze reflectie is dat de respondenten beseften dat ze in hun dagelijkse praktijk geen grote rol toekennen aan het perspectief van de bewoner, wat zelfs als ontoegankelijk wordt ervaren. Wanneer we het door hun geformuleerde ideaal van zorg in herinnering halen, is dat een vreemde constatering. Alle deelnemers gaven namelijk aan de wensen en behoeften van de bewoners voorop te stellen en hun zorg daarop af te stemmen.

In hun artikel over een zorgethische visie op empathie, maken Van Dijke et al. (2023) in het licht van de presentietheorie van Baart (2006) een onderscheid tussen ‘perspectief innemen’ en ‘perspectief verschuiving’ (Van Dijke et al, 2023, p. 392). ‘Perspectief innemen’ is de rationele benadering waarbij iemand zich probeert voor te stellen hoe de ander een ervaring beleeft (met daarbij het in paragraaf 3.8 genoemde risico op zelfprojectie). In een ‘perspectief verschuiving’ wordt de wereld gezien vanuit het perspectief van de cliënt middels een onderdompeling in diens wereld, door Baart *exposure* genoemd. Deze *exposure* zorgt voor een verschuiving naar de ander in zijn andersheid en helpt de zorgverlener bewust te worden van zijn eigen vooroordelen en vooringenomenheden. Het is een ‘botsing van werelden’ die onze manier van kijken ‘opschudt’ (ibid.) en heeft tot doel zorgverleners permanent gevoelig te maken voor de andersheid van de ander en radicaal te kiezen voor het perspectief van de cliënt als startpunt van zorg. Een dergelijke perspectiefverschuiving wordt ook door de deelnemers aan Zie Mij genoemd.

Alhoewel de presentietheorie een andere methode aanwendt om deze perspectiefverschuiving te bewerkstelligen (door fysiek aanwezig te zijn in de wereld van de cliënt en de eigen professionaliteit tijdelijk te parkeren), lijkt het effect hetzelfde. Ook de deelnemers aan Zie Mij worden *exposed*, zij het in een fictieve, verbeeldende situatie, en worden in de confrontatie met de ander ook geconfronteerd met zichzelf, waardoor een reflectie- en bewustwordingsproces op gang komt.

Uit de bevindingen blijkt echter dat Zie Mij naast de reflectie en bewustwording ook emoties teweegbrengt bij de deelnemers. Ze geven allemaal aan “*geraakt*” te zijn en twee deelnemers zijn dusdanig geraakt dat ze hun tranen niet kunnen bedwingen. Deze geraaktheid komt voort uit de herkenbaarheid van het verhaal. Ze kunnen het fictieve verhaal verbinden met (elementen van) werkelijke verhalen uit hun praktijk, waardoor het gaat leven. Solbakk (2006b) wijst erop dat deze herkenbaarheid een fundamenteel element was in de Griekse tragedies (zie ook paragraaf 3.8). Een tragedie ging over iets wat zou kunnen gebeuren, niet over iets wat reeds gebeurd was. Door de tragedies niet te verbinden met historische feiten, maar met mogelijkheden, krijgen ze een universele relevantie en waarde. De tragedies wijzen op de gedeelde kwetsbaarheid van alle mensen, op de aanwezigheid van het (nood)lot dat eenieder kan treffen, waardoor eigen verhalen eraan gespiegeld kunnen worden. Andere belangrijke elementen binnen de tragedie zijn volgens Aristoteles dat handelingen voortkomen uit onwetendheid en het begrip *hamartia*, wat in grote lijn de betekenis draagt van ‘fout oordelen door onvolledige kennis’ (Solbakk, 2006b), elementen die ook in Zie Mij naar voren komen.

In de tragedie konden de toeschouwers op een veilige manier zich verhouden tot emoties binnen het morele domein (zoals angst, schaamte, medelijden of schuld) en deze innerlijk onderzoeken en eventueel uiten (de eerdergenoemde catharsis), omdat ze blootgesteld werden aan gebeurtenissen die ook hen mogelijk zouden kunnen treffen (zowel het tragische lot als de *hamartia*). Omdat de personage in de tragedies geen superieure of inferieure karakters hebben, wordt deze herkenbaarheid vergroot (Solbakk, 2006b). Zoals ook reeds uit de beantwoording van de tweede empirische deelvraag naar voren kwam, draagt Zie Mij deze elementen in zich en zijn de ervaringen van de zorgverleners te verbinden met catharsis.

De ervaring van Zie Mij verschilt van de *exposure* van Baart in die zin dat er geen werkelijk contact met de bewoner plaats heeft én dat Zie Mij zich richt op de tragische dimensie in het leven en in de zorg. Net als bij de Griekse tragedies wordt er een veilige ruimte gecreëerd waarbinnen de deelnemers de perspectiefverschuiving én de persoonlijke

morele reflectie kunnen ervaren. Dat de *exposure* bij Zie Mij enkel in de verbeelding plaats heeft, zou de perspectiefverschuiving zelfs sterker kunnen maken, omdat in het verhaal alle voorwaarden daartoe geoptimaliseerd²² kunnen worden. Dit zou bij een fysieke exposure in de leefwereld van de bewoner moeilijker zijn, waarbij afgevraagd kan worden of de bewoner wel op deze fysieke aanwezigheid zit te wachten.

Dat respondenten termen gebruiken als “wake-up call” en het “nodig hebben” van Zie Mij als tegenwicht aan het automatisme, lijkt erop te wijzen dat professionele waarden worden aangesproken die wel aanwezig zijn in de zorgverleners, maar waar de verbinding mee is kwijtgeraakt (het ‘vergeten’ van Fisher, zie paragraaf 6.2). Als zodanig biedt Zie Mij een antwoord op het geformuleerde probleem aan het einde van de vorige paragraaf, namelijk dat de dominante groepsmoraliteit sturend kan zijn in reflecties over goede zorg binnen de ‘morele ruimte’. In plaats van naar de collega’s te kijken (zoals in moreel beraden gebeurt, zie paragraaf 6.2) komt bij de deelnemers een persoonlijke reflectie op gang. Toch is Zie Mij ook een gezamenlijke ervaring. Door de opzet wordt als het ware de teamrationaliteit buiten spel gezet, worden de afzonderlijke deelnemers teruggeworpen op zichzelf en hun eigen waarden, maar ervaren de teamleden dit samen. Een effect zou dan kunnen zijn dat de teammoraliteit hierdoor verschuift richting de gedeelde professionele waarden van de leden, waarbij meer oog is voor het perspectief van de bewoner. Of dit werkelijk ook is gebeurd, valt buiten de scope van dit onderzoek, al zouden opmerkingen als “*het maakt het team sterker*” hierop kunnen wijzen.

Uit de reacties van de deelnemers aan het onderzoek, blijkt dat Zie Mij door hen allen zeer wordt gewaardeerd. Ze geven aan dat het hen handvatten heeft geboden op een onconventionele, maar wel beklijvende manier. Zie Mij kan dus als een vorm van zorgethisch empathieonderwijs gezien worden zoals voorgesteld door Van Dijke et al. (2023). Zorgethisch empathieonderwijs heeft als doel dat het een receptieve vorm van empathie cultiveert, aanzet tot bewustzijn van eigen oordelen en vooringenomenheden, professionele zelfreflectie verbetert, empathische en interpersoonlijke vaardigheden ontwikkelt, emotieregulatie en

²² Herkenbaarheid kan bijvoorbeeld worden vergroot door in het verhaal specifieke culturele elementen op te nemen (in Zie Mij is dat de situering binnen het mijnverleden van Zuid-Limburg), maar ook door herkenbare situaties op afdelingen te evocatief te beschrijven. Daarbij moet wel steeds beoogd worden dat in de voorbeelden geen moralistisch standpunt ingenomen wordt, maar dat er steeds verschillende handelingsperspectieven en ervaringen naast elkaar bestaan die beide invoelbaar zijn en waardoor er een reflectie op gang kan komen. Met andere woorden, de vraag naar wiens kennis en ervaring van belang zijn bij de vraag naar ‘goede zorg’ wordt niet opgelegd, maar beleefd.

zelfzorg bevordert en een dieper leren voortbrengt (p. 397). In de ervaringen van Zie Mij zijn deze elementen te herkennen.

6.5 Conclusie en beantwoording van de derde en vierde deelvraag.

In deze paragraaf trek ik enkele conclusies uit het mee-, tegen- en omdenken en daarmee een antwoord formuleren op de derde en vierde deelvraag.

Hoe kan het concept catharsis worden begrepen in het licht van de zorgethische literatuur?

Terugkomende op de metafoor van Walker over de geopende deur, kan gesteld worden dat een presentatie als Zie Mij, waarin belangrijke elementen van de Griekse tragedies op een eigentijdse wijze zijn opgenomen, fungeert als het passeren van de drempel door iedere zorgverlener persoonlijk. Door de persoonlijke reflecties en bewustwordingen (die weliswaar grote overeenkomst vertonen, maar door eenieder persoonlijk beleefd en ingevuld worden), ontstaat er een 'morele ruimte' (Walker, 1993) die zowel gezamenlijk als individueel uitnodigt tot reflecties op goede zorg. Zie Mij heeft geen prescriptief ethische insteek en is niet gericht op 'crisis-issues' (Liaschenko et al., 2005), maar ondersteunt in een zoektocht naar en gevoeligheid voor de zogenaamde 'huishoud-issues' in de langdurige zorgrelaties van de intramurale verpleeghuiszorg doordat herkenbare ethisch geladen situaties in het verhaal worden ingebracht die vanuit de perspectieven van zowel het team, de (handelende) zorgverlener als de zorgontvanger worden belicht. Door de perspectiefverschuiving en de daaruit voortkomende reflectie op eigen handelen, op de eigen ethos, kunnen opgebouwde emoties gekanaliseerd worden (het "geraakt worden") en in dat licht kunnen eigen morele posities onderzocht worden. Dit is de Aristotelische catharsis. Vanuit zorgethisch perspectief kan catharsis in verband worden gebracht met drie van de vier waarden die Tronto (1993) identificeert als constitutief voor moreel goede zorg, namelijk aandacht, verantwoordelijkheid en responsiviteit. Dit zijn tevens de waarden die in de opleiding van de zorgmedewerkers nauwelijks worden meegenomen, omdat daarin de nadruk ligt op de waarde 'competentie'. Omdat de gehele cyclus van de opeenvolgende waarden aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit maakt dat zorg 'goede zorg' genoemd kan worden, heeft dit onderzoek laten zien dat het concept catharsis binnen de zorgpraktijk voor de zorgethiek een waardevolle aanvulling is.

Op welke wijze kan het concept catharsis bijdragen aan de humanisering van de ouderenzorg zoals deze gestalte krijgt binnen een neoliberal geluksdiscours?

In het tegendenken (paragraaf 6.3) werd de spanning blootgelegd tussen het *frame* van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (2021) en de geleefde zorgwerkelijkheid van de deelnemers. Hieruit bleek dat de neoliberale kaders en de sociologische processen van de laatmoderne tijd de zorgmedewerker kwetsbaar kan maken, wat ook ten nadele kan zijn voor de zorgontvanger. Zorgverleners zijn niet goed toegerust om met de tragische dimensie van het leven om te gaan. Zoals ook uit de resultaten naar voren komt, voorziet dit in een lacune die de deelnemers in de opleidingen hebben ervaren. Hierdoor moeten ze zelf manieren vinden om met deze dimensie om te gaan, wat veelal resulteert in rationalisering en onderdrukking van emoties en het aannemen van een ‘hardere’ houding om minder geraakt te worden.

De ervaring van catharsis lijkt bij zorgmedewerkers een omgekeerde beweging te bewerkstelligen. In plaats van ‘harder’ te worden en zich af te sluiten van hun eigen waarden, zeggen ze nadien met een “*nieuwe blik*” hun praktijk te betreden, meer empathisch en met het perspectief van de ander als ander als vertrekpunt. Dit kan een humaniserend effect worden genoemd omdat het effect van catharsis enerzijds een therapeutisch effect op de zorgverlener heeft en anderzijds maakt dat de zorgontvanger meer empathisch benaderd wordt, wat de menselijkheid van de zorg ten goede komt.

HOOFDSTUK 7 *Conclusie*

7.1 Beantwoording hoofdvraag

Ik zal nu aan de hand van de geformuleerde antwoorden op de vier deelvragen de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoorden: *Op welke wijze kan een zorgethisch begrip van catharsis bijdragen aan de humanisering van de ouderenzorg voor zorggevers en zorgontvangers?*

Zoals in de zorgethische discussie uitgewerkt kan het Aristotelische catharsis in het licht van de zorgethiek begrepen worden als een manier om tegenwicht te bieden aan laatmoderne sociologische processen die zorgmedewerkers kwetsbaar maken wanneer zij geconfronteerd worden met de tragische dimensie in het leven van hen waar ze voor zorgen.

De zorgethische notie van de ‘morele ruimte’ binnen de zorgpraktijk, als voorgesteld door Walker (1993) wordt met het oog op catharsis benaderd als een veilige plaats waar

zorgmedewerkers in gezamenlijkheid worden uitgenodigd tot persoonlijke reflectie op de eigen ethos. Door een op de Griekse tragedies geïnspireerde ‘beleving’ in te zetten -waar het evocatief narratief Zie Mij een voorbeeld van is- kan een perspectiefverschuiving worden gecreëerd, waardoor er een mogelijkheid ontstaat tot kanalisering van emoties en ethische reflectie op het eigen handelen. Omdat deze beleving niet enkel rationeel benaderd wordt, maar er ook lichamelijke, emotionele en verbeeldende dimensies worden aangesproken, wordt de deelnemer ondersteund een zorgethische empathische houding te cultiveren.

De zorgethische empathische houding stelt -in tegenstelling tot het hedendaagse begrip ervan in de zorg- de ander centraal in zijn of haar andersheid. De gerichtheid op de andersheid van de ander wordt als startpunt genomen in de zorgbetrekking. Door het cultiveren van deze houding kunnen zorgmedewerkers weer in contact worden gebracht met eigen professionele waarden. Doordat de tragische dimensie een plaats krijgt binnen de zorgrelatie en deze niet meer ‘ontkend’ wordt, maar op veilige wijze doorleefd wordt, draagt dit bij aan de zorgethische waarden van aandacht, verantwoordelijkheid en responsiviteit. Hierdoor biedt catharsis een antwoord op het laatmoderne probleem van ‘*othering*’ binnen de zorg.

Concluderend kan een zorgethisch begrip van catharsis gezien worden als een bijdrage aan de humanisering van de zorg omdat het enerzijds gezien kan worden als zorg voor de zorgenden én anderzijds omdat het ‘*othering*’ tegengaat, wat ten goede komt aan de zorgvragers binnen de intramurale ouderenzorg.

7.2 Beperkingen en sterktes van het onderzoek

In de resultaten van het onderzoek is naar voren gekomen dat de ervaring van het evocatief narratief Zie Mij (wat in de uitwerking is verbonden met het concept catharsis) door zorgmedewerkers als een steun in hun dagelijkse zorgpraktijk wordt ervaren en een humaniserend effect heeft op hun zorgpraktijk. Een eerste beperking van dit onderzoek is dat er enkel is uitgegaan van uitspraken van de zorgverleners zelf. Er is niet gesproken met bewoners van de afdelingen waar de respondenten werkzaam zijn. Of zij werkelijk een effect ervaren in de zorg nadat de zorgmedewerkers Zie Mij hebben meegemaakt, is dus niet bekend. Hier zou verder onderzoek een antwoord op kunnen geven.

Een tweede beperking is dat met de zorgverleners die Zie Mij hebben bijgewoond maar één interview is afgenomen, waarin zowel hun visie op zorg en hun ervaringen met onmacht en tragiek, alsook hun ervaring met Zie Mij aan bod kwamen. Er is dus geen voor-en nameting verricht. Met andere woorden, zij vertelden over hun ervaringen met onmacht nadat ze Zie Mij reeds hadden bijgewoond. Dit zou de vraag op kunnen werpen of hun

reflecties op onmacht en tragiek beïnvloed zijn door het narratief van Zie Mij. Aangezien de respondenten die geen Zie Mij hebben bijgewoond in grote lijn soortgelijke antwoorden gaven op hun ervaringen met onmacht en tragiek als de respondenten die Zie Mij wel ervaren hadden, lijkt dit niet het geval te zijn en zal deze beperking naar mijn idee geen grote invloed op de resultaten hebben gehad.

De sterkte van dit onderzoek huist in de zorgethisch-fenomenologische benadering van het empirisch onderzoek. Zoals in de wetenschappelijke probleemstelling (paragraaf 1.3) reeds aangehaald, ontbreekt een goed beeld van hoe zorgverleners binnen de intramurale ouderenzorg omgaan met de tragische dimensie waarmee ze geconfronteerd worden. Door op fenomenologische wijze de ervaringen van de respondenten te analyseren kwam naar voren dat deze dimensie voor hen moeilijk te articuleren is, wat expliciete reflectie door henzelf in de weg staat. In de verhalen die ze vertelden kwamen deze ervaringen echter op meer impliciete wijze wel aan bod. Door het ervaringsniveau van de respondenten aan te spreken kon dicht bij hun eigen beleving gebleven worden en werd duidelijk dat er verschillende strategieën door henzelf zijn ontwikkeld om met de tragische dimensie om te gaan. Deze maken echter dat zowel bewoner als zorgverlener kwetsbaar kunnen worden. Een tweede sterk punt in dit onderzoek is dat een reeds bestaande presentatie is onderzocht in het licht van de gevonden omgang met tragiek. Dit bood de mogelijkheid niet alleen theoretische hypothesen te formuleren hoe een dergelijke presentatie een rol kan spelen in het verkleinen van het risico op kwetsbaarheid, maar daadwerkelijk empirisch te onderzoeken hoe zorgverleners deze presentatie ervaren en wat de effecten zijn.

7.3 Eigen positionaliteit

Onderzoek komt niet ‘nergens vandaan’, maar wordt uitgevoerd door concrete personen wiens lichamelijke positie in de wereld onwillekeurig een stempel drukken op de resultaten (Ellingson, 2006). Binnen zorgethisch-kwalitatief onderzoek is reflectie op en incorporatie van die lichamelijke positie in het onderzoek van belang, omdat het machtsposities bloot kan leggen en betekenisstructuren kan verduidelijken (ibid.). Ook ik als witte, cis-man van middelbare leeftijd ben een subject binnen een sociaal-constructivistisch paradigma. In dit onderzoek is het mede van belang omdat ik naast zorgethisch onderzoeker, tevens geestelijk verzorger ben en vanuit die rol ook de ‘medeontwikkelaar’ en ‘presentator’ ben van Zie Mij.

De tekst van Zie Mij is in 2018 geheel door mij geschreven en reflecteert voor mij belangrijke waarden. Met name het relationele aspect van zorg, het met aandacht in de zorgrelatie staan en de behoeften van de ander proberen te verstaan (in plaats van enkel

luisteren) zijn elementen die ik in mijn eigen zorgpraktijk ten uitvoer probeer te brengen. Ik weet uit eigen ervaring hoe de dynamiek van de zorg maakt dat dit soms in de verdrukking kan komen. Ik ben me er tevens van bewust dat ik als geestelijk verzorger opgeleid ben me te verhouden tot de tragische dimensie en de andersheid van de ander als uitgangspunt te nemen, wat vaak op een niet-weten berust. Ondanks de opleiding weet ik ook hoe lastig het soms is niet in de oplos-modus te ‘schieten’. Daarom heb ik in Zie Mij geprobeerd geen normatieve uitspraken te doen, maar enkel de ervaringen van de beide fictieve karakters naast elkaar te zetten. Mijn opzet was dat door begrip te creëren voor beide perspectieven, niemand zich aangevallen of ‘beschuldigd’ zou voelen. Door de beide perspectieven te belichten heb ik destijds geprobeerd te laten zien dat ieders intenties goed zijn, maar dat dat niet persé goede zorg oplevert.

Dat Zie Mij zo een sterke snaar raakte (en raakt) bij vele collega’s, besepte ik pas later, toen de vragen voor ‘opvoering’ maar bleven komen. Tijdens de master Zorgethiek en Beleid kwam ik daarbij steeds meer tot het besef dat de tekst meerdere zorgethische waarden in zich draagt en door dit onderzoek kwam ik pas erachter dat de opbouw van de tekst op belangrijke punten overeenkomsten vertoont met de Griekse tragedies.

Ik ben mij gedurende het onderzoek steeds ervan bewust geweest dat er ook een zeker wensdenken zou kunnen optreden. Dat ik verbanden en betekenissen zou zien omdat ik ze ook graag wilde zien, om zo Zie Mij een wetenschappelijke onderbouwing te bieden. Dat ik me er steeds bewust van ben geweest en kritisch naar mezelf heb gekeken, is geen garantie dat in de analyse en de conclusie dit wensdenken niet is binnengeslopen. Het is aan u als lezer om hier een definitief oordeel over te vellen.

7.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek blijkt dat het concept catharsis vanuit zorgethisch perspectief een positieve bijdrage kan bieden aan de humanisering van de zorg. Het evocatief narratief Zie Mij is een voorbeeld van hoe er binnen de (intramurale ouderen)zorg ruimte kan worden geboden voor catharsis. Een eerste aanbeveling voor de praktijk is dan ook dat in zorgorganisaties dergelijke verhalen (rekening houdend met de kaders van de Griekse tragedies, zoals uitgewerkt door Aristoteles) worden ontwikkeld en gepresenteerd. Hier wordt niet aanbevolen het bestaande narratief Zie Mij over te nemen. Het narratief dat ontwikkeld is binnen Zuyderland en als startpunt diende voor dit onderzoek, is geschreven binnen de maatschappelijke en culturele context van de Westelijke Mijnstreek met haar kenmerkende elementen als de mijnbouw (waarbij de mijnsluiting van de jaren zestig en zeventig een tragische gebeurtenis waren voor

de streek). Om het evocatieve aspect te optimaliseren, zullen verhalen afgestemd dienen te worden op de plaats en context waarin deze gepresenteerd worden.

Een tweede aanbeveling is in de zorgopleidingen explicieter aandacht te besteden aan de tragische dimensie binnen zorgrelaties. Zoals uit het onderzoek naar voren komt, missen de respondenten handvatten om hiermee om te gaan. Of binnen zorgopleidingen ook ruimte geboden moet worden voor catharsis, blijft voor nu een vraag. Is het mogelijk een perspectiefverschuiving te bewerkstelligen wanneer de deelnemers nog geen ervaring hebben met de werkelijke zorgpraktijk? Biedt de verbeeldingskracht dan genoeg aanknopingspunten om het verhaal te laten leven? En is er een verschil bij leerlingen die al stagelopen en bij diegenen die dat nog niet doen? Dit zijn vragen die aan de basis zouden kunnen zijn van experimenten met evocatieve narratieven in de zorgopleidingen.

Een derde aanbeveling, die sterk samenhangt met de tweede, is een kritische benadering en doordinking binnen de zorgopleidingen en de intramurale verpleeghuiszorg van de concepten compassie en empathie. Zoals uit het onderzoek naar voren komt, lopen de betekenissen van beide concepten in het Kwaliteitskader door elkaar en bieden ze geen antwoorden op problemen die kunnen leiden tot dehumanisering van de zorg in het geheel. Voor een beter begrip van deze concepten en een vertaling naar de zorgpraktijk zijn in de zorgethische theorievorming al enkele zinnige voorstellen gedaan (o.a. Van Dijke et al. (2023) en Pulcini (2017)).

De vierde en laatste aanbeveling betreft de vraag die in de maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling (paragraaf 1.2 en 1.3) werd gesteld, namelijk of het personeelsverloop in de zorg ook nog een andere reden zou kunnen hebben dan het gerapporteerde gevoel niet genoeg aandacht te kunnen bieden. Zou de confrontatie met tragiek en onmacht, en de effecten die dit kan hebben op zorgmedewerkers, een rol kunnen spelen? Tenminste één van de tien respondenten gaf dit expliciet aan. Het ‘harder worden’ maakt het werk weliswaar gemakkelijker, maar daarmee ontstaat ook een routine die ervoor zorgt dat het werk geen uitdaging meer biedt. Ook hier zou verder onderzoek een antwoord op kunnen bieden.

Geraadpleegde bronnen

- AIVD [Algemene Inlichtingen- en Veiligheidsdienst] (z.d.). *Wat is een narratief?*
Geraadpleegd 24 juni 2024 van <https://www.aivd.nl/onderwerpen/extremisme/vraag-en-antwoord/wat-is-een-narratief#:~:text=Een%20narratief%20is%20een%20set,daarvoor%20een%20zekere%20verklaring%20veronderstelt>.
- Aristoteles (2019). *Poëtica* (Gerbrandy, B. & De Jonge, C. Vert.). Historische Uitgeverij. (Originele bron gepubliceerd in ca. 335 v.Chr)
- Baars, J. (2006). Beyond neomodernism, antimodernism, and postmodernism: Basic categories for contemporary critical gerontology. In Baars, J., Dannefer, D., Philipson, C. & Walker, A. (Eds.). *Aging, globalization, and inequality. The new critical gerontology* (pp. 17-42). Baywood publishing company, Inc.
- Baars, J. (2010). Ouder worden. Leven in verschillende tijden. In Dohmen, J. & Baars, J. (Red.), *De kunst van het ouder worden. De grote filosofen over ouderdom* (pp. 414-438). Ambo|Anthos.
- Baart, A. (2006). *Een theorie van presentie (3^{de} druk)*. Lemma.
- Baart, A. & Vosman, F. (e.a.) (2015). *De patiënt terug van weggeweest. Werken aan menslievende zorg in het ziekenhuis*. Uitgeverij SWP.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity* (Ritter, M., Vert.). Sage Publications. (Originele bron gepubliceerd in 1986).
- Boeijs, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen (3^{de} druk)*. Boom.
- Bohlmeijer, E. (2012). *De verhalen die we leven. Narratieve psychologie als methode (2^e druk)*. Boom.
- Boomfilosofie (2018, 21 november). *Het oeuvre van Michel Foucault*. Geraadpleegd 24 maart 2024 van https://www.booemfilosofie.nl/actueel-item/80-2396_Het-oeuvre-van-Michel-Foucault.
- BoZ [Brancheorganisaties Zorg] (2021). *Governancecode Zorg 2022*. Geraadpleegd 18 maart 2024 van <https://www.governancecodezorg.nl>.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches (2nd ed.)*. Sage Publications.

- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2001/2011). *Reflective Lifeworld Research (2nd Ed.)*. Studentlitteratur.
- De Vries, Y. (2023, 15 juni). *Grote zorgen onder personeel verpleeg- en thuiszorg. Steeds meer onveilige situaties*. Geraadpleegd 5 februari 2024, van <https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2023/06/grote-zorgen-onder-personeel-verpleeg-en-thuiszorg>.
- Digitale Bibliotheek voor de Nederlandse Letteren (z.d.) *Algemeen letterkundig lexicon. Catharsis*. Geraadpleegd op 8 februari 2024, van https://www.dbnl.org/tekst/dela012alge01_01/dela012alge01_01_00569.php.
- Donk, A. (2001). Secundaire traumatisering: preventie van een beroepsziekte. *Psychopraxis*, 3. 165-168. DOI 10.1007/BF03071953.
- Ellingson, L. (2006). Embodied Knowledge: Writing Researcher's Bodies Into Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research (16)*, 298-310. DOI: 10.1177/1049732305281944.
- Fenger, M. & Broekema, B. (2019). From welfare state to participation society; austerity, ideology or rhetoric? In Heins, E., Rees, J. & Needham, C. (Red.), *Social Policy Review 31: Analysis and debate in social policy* (pp. 101-124). Policy Press. <http://hdl.handle.net/1765/123041>.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*. Wiley-Blackwell.
- Fisher, M. (2024). *Kapitalistisch realisme: is er geen alternatief?* (M. Grootveld, Vert.; 4^e druk). Starfish Books. (Originele bron gepubliceerd in 2009)
- Foucault, M. (2018). *Discipline, Toezicht en Straf. De geboorte van de gevangenis* (Drukkerscollectief, Vert.; 7^e druk). Historische uitgeverij. (Originele bron gepubliceerd in 1975)
- Gastmans, C. (2021). *Kwetsbare waardigheid. Ethiek aan het begin en einde van het leven*. Pelckmans.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and Society in the late modern age*. Polity Press.
- Gilligan, C. (1982/2003). *In a different voice. Psychological theory and woman's development (38th ed.)*. Harvard University Press.

- Groves, C. (2013). Horizons of Care; From Future Imaginaries to Responsible Research and Innovation. In Konrad, K., Coenen, C., Dijkstra, A., Milburn, C. & Van Lente, H. (Eds.), *Shaping Emerging Technologies: Governance, Innovation, Discourse* (pp. 185-202). IOS Press/AKA.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *The international journal of feminist approaches to bioethics* 5(1), 52-69. DOI: 10.3138/ijfab.5.1.52.
- Han, B. (2017). *De Vermoeide Samenleving. De Transparante Samenleving. De Terugkeer van Eros* (F. Schuitemaker, Vert.; 3^e druk 2015, printrun 2017). Van Genneep. (Originele bron gepubliceerd in 2010)
- Han, B. (2022). *De palliatieve maatschappij* (M. Wildschut, Vert.; 2^e druk). Ten Have. (Originele bron gepubliceerd in 2020)
- Hansen, F. T., Eide, S. B. & Leget, C. (2023). Introduction. In Hansen, F. T., Eide, S. B. & Leget, C. (Eds.). *Wonder, Silence, and Human Flourishing. Toward a Rehumanization of Health, Education, and Welfare* (pp. 1-20). Lexington books.
- Hartog, I., Scherer-Rath, M., Kruizinga, R., Netjes, J., Henriques, J., Nieuwkerk, P., Sprangers, M. & van Laarhoven, H. (2020). Narrative meaning making and integration: Toward a better understanding of the way falling ill influences quality of life. *Journal of Health Psychology* 25(6), 738-754. DOI: 10.1177/1359105317731823.
- Heidegger, M. (2018). *Zijn en Tijd* (M. Wildschut, Vert.; 3^e druk 2018). Boom. (Originele bron gepubliceerd in 1927)
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. Oxford University Press.
- Held, V. (2017). Care and justice, still. In Engster, D. & Hamington, M. (Eds.). *Care Ethics and Political Theory* (pp. 18-36). Oxford University Press.
- Hertogh, C.M.P. M. (2023). *Tot hier ben ik gekomen. Over medische filosofie en zorg voor kwetsbare ouderen*. [Rede uitgesproken aan de Faculteit der Geneeskunde/ Amsterdam UMC op 12 oktober 2023]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. The Free Press.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. Routledge.
- Kleinlugtenbelt, D. (2023). *Op zoek naar je innerlijk kompas. Een nieuwe gespreksmethode voor moreel beraad*. Damon.

- Kroken, R.E. (2023). Truth-Telling in the Care of the Self: A Path to Serenity and Spirituality in Compressed Times. In Hansen, F. T., Eide, S. B. & Leget, C. (Eds.). *Wonder, Silence, and Human Flourishing. Toward a Rehumanization of Health, Eductaion, and Welfare* (pp. 181-200). Lexington books.
- Laceulle, H. (2016). *Becoming who you are. Aging, self-realization and cultural narratives about later life* [Proefschrift]. Universiteit voor Humanistiek.
- Lang, J., Koop, M. & Horwits, Y. (2022). *Waarom verlaten werknemers de sector Zorg en Welzijn? Rapportage van onderzoek uit dienst getreden medewerkers*. Pensioenfonds Zorg & Welzijn. Geraadpleegd 5 februari 2024, van <https://www.pfzw.nl/content/dam/pfzw/web/over-ons/nieuws/pdf/pfzw-juni-2022-waarom-verlaten-werknemers-de-sector-zorg-en-welzijn.pdf>.
- Leget, C. (2023). Inner Space, Resonance, and Wonder: The Humanization of Health Care in Small Steps. In Hansen, F. T., Eide, S. B. & Leget, C. (Eds.). *Wonder, Silence, and Human Flourishing. Toward a Rehumanization of Health, Eductaion, and Welfare* (pp. 47-64). Lexington books.
- Leget, C., van Nistelrooij & I., Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*. 1-9. DOI 10.1177/0969733017707008.
- Levitt, H.M., Bamberg, M., Creswell, J.W., Frost, D.M., Josselson, R. & Suarez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative research in psychology: the APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. DOI 10.1037/amp0000151.
- Liaschenko, J., Oguz, N.Y. & Brunnquell, D. (2005). Critique of the “tragic case” method in ethics education. *Journal of Medical Ethics* 32, 672-677. DOI 10.1136/jme.2005.013060.
- Lorey, I. (2015). *State of insecurity. Government of the precarious*. Verso.
- Merlo, E.M, McNabney, S.M., Frisone, F., Sicari, F., Paunica, M., Motofei, C. & Settineri, S. (2020). Compassion and suppression in caregivers; twin masks of tragedy and joy of caring. *Journal of Mind and Medical Sciences* 7(1), 61-68. DOI: 10.22543/7674.71.P6168.
- Manschot, H. (2003). De betekenis van het tragische voor de ethiek van de zorg- en hulpverlening. In Manschot, H. & van Dartel, H. (Red.). *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 225-241). Boom.
- Mills, S. (2003). *Michel Foucault*. Routledge.

- Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Uitgeverij Van Genneep.
- Noorland, S., Spreeuwenberg, P. & de Groot, K. (2023). *Kwaliteit en veiligheid van zorg in 2023. De meningen van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners*. Nivel.
- NOS.nl (2023, 6 oktober). *De 'verwende sneeuwvlokjes' van Generatie Z zoeken hun weg op de arbeidsmarkt*. Geraadpleegd 19 februari 2024, van <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2493135-de-verwende-sneeuwvlokjes-van-generatie-z-zoeken-hun-weg-op-de-arbeidsmarkt>.
- Nussbaum, M. (1986/2001). *De breekbaarheid van het goede. Geluk en ethiek in de Griekse filosofie en literatuur*. Ambo|Anthos
- Patiëntenfederatie Nederland. (2023, 20 maart). *Ouderenzorg staat onder grote druk*. Geraadpleegd 5 februari 2024, van <https://www.patiëntenfederatie.nl/actueel/nieuws/ouderenzorg-staat-onder-grote-druk>.
- Pulcini, E. (2015). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 1-8. DOI 10.1177/1754073915615429.
- Rosa, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling. Een pleidooi voor resonantie* (Stegeman, H. Vert.) Boom. (Originele bron gepubliceerd in 2013).
- Rosa, H. (2019). *Resonance. A Sociology of Our Relationship to the World* (Wagner, J.C., Vert.). Polity Press. (Originele bron gepubliceerd in 2016).
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research (2nd Ed.)*. Sage.
- Solbakk, J.H. (2006). *Catharsis and moral therapy I: A Platonic account*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 9, 57-67. DOI 10.007/s11019-005-8318-2.
- Solbakk, J.H. (2006b). *Catharsis and moral therapy II: An Aristotelian account*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 9, 141-153. DOI 10.007/s11019-005-8319-1.
- Spronk, B., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2016). Tragedy in moral case deliberation. *Med Health Care and Philos.* 20, 321-333. DOI 10.1007/s11019-016-9749-7.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy (2021, 18 maart). *Abduction*. Geraadpleegd 24 maart 2024 van <https://plato.stanford.edu/entries/abduction>.

- Tagage, M. (2023, 20 september). *Halvering resultaat zet ouderenzorg onder druk*. Geraadpleegd 5 februari 2024, van <https://www.bouwenaandezorg.eu/artikel/halvering-resultaat-zet-ouderenzorg-onder-druk/>.
- Taylor, C. (2019). *Bronnen van het zelf* (M. Stoltenkamp, Vert.; 4^e dr.). Lemniscaat. (Originele bron gepubliceerd in 1989)
- Taylor, C. (2010). *Een seculiere tijd*. (M. Stoltenkamp, Vert.; 2^e druk). Lemniscaat. (Originele bron gepubliceerd in 2007)
- Tieu, M., Mudd, A., Conroy, T., Pinero de Plaza, A. & Kitson, A. (2022) The trouble with personhood and person-centred care. *Nursing Philosophy*. DOI 10.1111/nup.12381
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York University Press.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43. DOI 10.1332/239788217X14866281687583
- Walker, M. U. (1993). Keeping Moral Space Open. New Images of Ethics Consulting. *Hastings Center Report*. 23(2), 33-40.
- Walker, M. U. (2007). *Moral Understandings. A feminist study in ethics (2nd ed.)*. Oxford University Press.
- Walker, M. U. (2010). Uit het gelid: Alternatieven voor het leven als carrière. In Dohmen, J. & Baars, J. (Red.), *De kunst van het ouder worden. De grote filosofen over ouderdom* (pp. 384-397). Ambo|Anthos.
- Warren, V. (1989). Feminist directions in medical ethics. *Hypatia*. 4, 73-87.
- World Medical Association (2022, 6 september). WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Geraadpleegd 18 mei 2024 van <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.
- Van Dijke, J., Van Nistelrooij, I., Bos, P. & Duyndam, J. (2023). Engaging otherness: care ethics radical perspectives on empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 26, 385-399. DOI: 10.1007/s11019-023-10152-0

- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Routledge.
- Van Mazijk, C. (2021). *De wereld als verschijning. Fenomenologie en de twintigste eeuw*. Boom.
- Van Tongeren, P. (2016). *Leven is een kunst. Over morele ervaring, deugdethiek en levenskunst* (7^e druk). Klement | Pelckmans.
- Verbeek-Oudijk, D. & Koper, I. (2021). *Het leven in een verpleeghuis. Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vereniging van Universiteiten (2014). *De Nederlandse Gedragscode Wetenschapsbeoefening. Principes van goed wetenschappelijk onderwijs en onderzoek (herziene versie)*. VSNU.
- Verest, W., de Veer, A., de Groot, K. & Francke, A. (2019). *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten. Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg*. Nivel.
- Vosman, F. J. H. (2014). Zorgethiek en laatmoderne onzekerheid. *Waardenwerk*. 58/59.
- Vosman, F. J. H. & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Med Health Care and Philos*. DOI 10.1007/s11019-017-9766-1.
- Zorgethiek.nu (2015). *Notitie over de Utrechtse Zorgethiek*. Geraadpleegd op 20 maart 2024, van <https://www.zorgethiek.nu/wp-content/uploads/2015/09/Notitie-over-de-Utrechtse-zorgethiek-definitief-2015.pdf>.
- Zorginstituut Nederland (2021). *[Geactualiseerde] Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en ontwikkelen*. Zorginstituut.

BIJLAGE 1 *Zie Mij*

De deelnemers betreden de ruimte en nemen hun plaats. Na een kort welkomstwoord wordt de aanwezigen uitgelegd dat tijdens de presentatie van hen niets anders wordt verwacht dan met gesloten ogen te luisteren. Er wordt hun verteld dat de presentatoren na het afsluitende filmpje de ruimte zullen verlaten en dat zij als deelnemers de ruimte in stilte kunnen verlaten op een door henzelf gekozen moment. De presentatoren blijven in de buurt voor eventuele ondersteuning van deelnemers die sterke emoties ervaren.

Als iedereen gemakkelijk zit, start de introducerende tekst:

Introdunctie

M
z
o
M
a
e
e
A
t
h
F
b
a
E
h
h
F
b
I:

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

de
r
l
g
n
n
.

We willen jullie vragen een gemakkelijke houding aan te nemen en de ogen te sluiten. Van

1.

t

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

en,

.

n

g

tot

n

en

men

Al

r

y

ljes

voor haar tot dat ze was opgehouden met nansen.

Toen ik nog maar net boven het onrecht uit kwam, was ik op zondagmorgen al vroeg in de

w

g

Il

k

w

k

n

H

v

is

v

M

H

n

o

E

n

w

n

d

A

d

o

g

o

le

T

V

H

n

dagen dat het lijkt of alles langer duurt. mevrouw op kamer 4 had het voor we naar wilden

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

ge

het

al

ar

n

as

gaan verzorgen moeten breken. ocharm, dus we moesten haar hele bad verschoonen en

r

in

v

e

c

d

c

s

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

c

v

M

V

er

c

v

iet

g

v

d

F

v

I

lie

v

h

I

d

it

v

e

d

v

z

Z

en

s

c

l

t

andere kant zijn stem hoorde.

F
V
I
t
h
c
e
u
I
g
t
M
M
S
r
l
M
i
c
h
t
r
r
a
I
k
t
r
t
I
r



De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

lat
le
fd
je
t
it
d

z
k
V
I
v
v
t
g
v
F
k
v
k
M
T
v
r
r
I
a
c
V
c
c
v
k
k
I
r

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

e
en
e
n
id
ij
?
s,
de
eg
k
et
1

Vrouwenstem

F
c
l
g
e
g
e
c
C
i
v
h
h
e
A
v
b
c
r
z
h
C
v
c

M
F
t
e
g
I
s

In deze kamer ligt, word je gevraagd voor dit soort zaken. Het is het of je ogen meer zien en

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

an
s
er
k
n.
at
it
ng
it

je ogen meer horen. Ik moet daarbij vaak aan mijn vrouw denken. Zij kon mij ook “lezen” zei

Z

d

Z

l:

V

z

k

a

E

s

o

b

b

M

o

d

v

n

v

v

o

T

d

S

C

v

L

F

V

F

apparatuur.

De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

!

op

o

dt

;

o

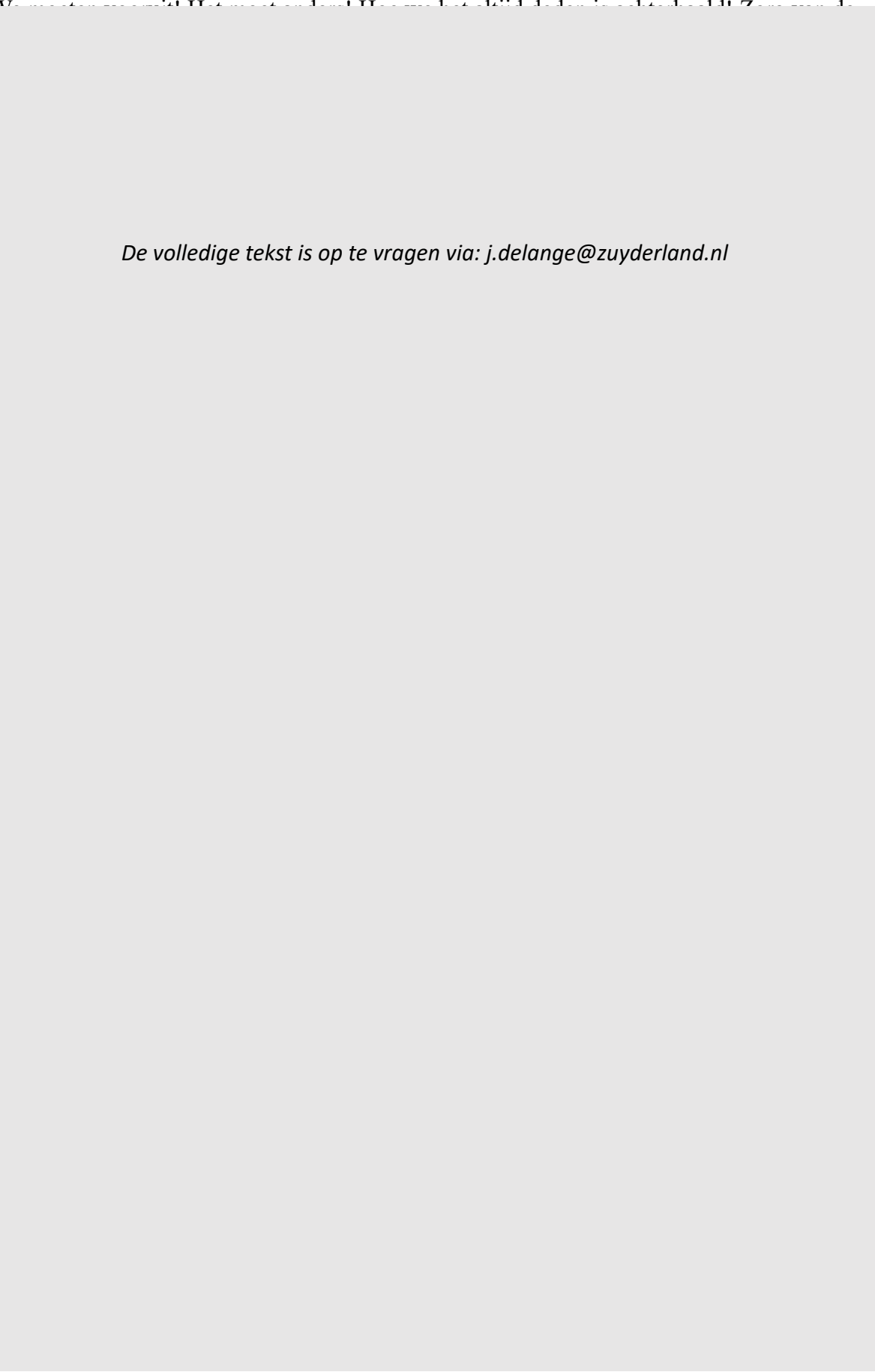
lk

n

e

te.

W
te
V
A
v
V
P
d
n
V
L
v
z
s
s
V
F
h
C
V
j
v
C
o
v
M
F
v
S
A



De volledige tekst is op te vragen via: j.delange@zuyderland.nl

n
r
l
de
d.
en
g
1.

BIJLAGE 2 Beschrijvingsbrief en toestemmingsformulier

Informatie voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Omgaan met onmacht en verdrietige situaties in de zorg.

Officiële titel: Tragiek, onmacht en catharsis binnen de intramurale ouderenzorg. Een zorgethisch onderzoek naar een evocatief narratief als zorg voor de zorgverlener.

Inleiding

Geachte deelnemer,

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

Stel uw vragen

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

1. Algemene informatie

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

2. Wat is het doel van het onderzoek?

We willen onderzoeken hoe u als medewerker in het verpleeghuis omgaat met situaties die verdrietig zijn en niet zo gemakkelijk op te lossen zijn, maar waar u wel mee in aanraking komt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan bewoners die weinig of geen bezoek ontvangen,

bewoners die verdriet hebben omdat er iets in hun leven is gebeurd dat hun (nog steeds) pijn doet, bewoners die geen zin meer hebben in het leven en daardoor somber zijn. Dit zijn maar enkele voorbeelden, waarschijnlijk heeft u zelf andere voorbeelden van eigen ervaringen in de praktijk.

Alleen aan deelnemers aan het onderzoek die ook de presentatie “Zie Mij” hebben meegemaakt, wordt aanvullend gevraagd naar hun ervaring daarvan.

De onderzoeker is benieuwd naar uw eigen beleving. De belevingen die van alle deelnemers worden verzameld, zullen worden onderzocht en de conclusies zullen helpen om in de toekomst zorgverleners te ondersteunen in het omgaan met moeilijke en verdrietige situaties.

Het is belangrijk om te weten dat hetgeen u vertelt aan de onderzoeker niet openbaar wordt gemaakt. In het onderzoeksverslag wordt u als deelnemer met een andere naam dan uw echte naam (ook wel code genoemd) benoemd en eventuele uitspraken die ertoe zouden kunnen leiden dat anderen u daarin herkennen, zullen zo worden aangepast dat dit niet mogelijk is. Wat u aan de onderzoeker vertelt blijft dus anoniem.

3. Hoe verloopt het onderzoek?

U wordt benaderd door de onderzoeker Joris de Lange. Hij zal met u een afspraak maken voor een gesprek van maximaal één uur. Dit gesprek zal in overleg gepland worden op een tijdstip en locatie die voor u gemakkelijk zijn.

Het gesprek zal bestaan uit een interview. Dit wordt opgenomen (alleen geluid) en later uitgeschreven door de onderzoeker. Het kan zijn dat de onderzoeker ook al tijdens gesprek wat aantekeningen maakt.

Het interview heeft een open sfeer. De onderzoeker is geïnteresseerd naar uw beleving, er zijn dus ook geen foute antwoorden.

4. Welke afspraken maken we met u?

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

- U komt op het afgesproken tijdstip naar de locatie. Op dat moment kunt u maximaal één uur ongestoord spreken. U heeft bijvoorbeeld geen (oproep)dienst waardoor u weggeroepen zou kunnen worden.
- U neemt contact op met de onderzoeker in deze situaties:
 - U wilt niet meer meedoen met het onderzoek.
 - Uw e-mailadres verandert.

5. Wanneer stopt het onderzoek?

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

Wat gebeurt er als u stopt met het onderzoek?

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

6. Wat doen we met uw gegevens?

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

Welke gegevens vragen we aan u?

Voor het maken van een afspraak vragen wij alleen uw functie, naam en e-mailadres. Verder zullen geen gegevens bewaard worden.

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 (anoniem) 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:

Joris de Lange

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:

Joris de Lange

7. Heeft u vragen?

Vragen over het onderzoek kunt u stellen aan Joris de Lange (joris.delange@uvh.nl of 0655796849)

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

1. Toestemmingsformulier
2. Contactgegevens

Bijlage 1: Toestemmingsformulier deelnemer

Titel van het onderzoek: *Tragiek, onmacht en catharsis binnen de intramurale ouderenzorg. Een zorgethisch onderzoek naar een evocatief narratief als zorg voor de zorgverlener.*

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):

E-mailadres:

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: Joris de Lange

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

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

Bijlage 2: Contactgegevens

Onderzoeker: Joris de Lange

E-mailadres: joris.delange@uvh.nl

Telefoonnummer: 0655796849

Informatie: Joris de Lange is naast student binnen de Universitaire Master Zorgethiek en Beleid (Universiteit voor Humanistiek) werkzaam als geestelijk verzorger binnen Zuyderland op de locaties Hospice Daniken en Hospice Mariaveld.

Indien gewenst kan ook gemaïld worden op het werkadres:

j.delange@zuyderland.nl.

Postadres (interne post): Dienst Geestelijke Verzorging Glana
t.a.v. Joris de Lange
Lienaertsstraat 159, 6164 GH Geleen

BIJLAGE 3 *Fenomenologische interview guide*

Algemeen (alle deelnemers)

Zou je wat willen vertellen over de reden waarom je in de zorg bent gaan werken?

- Hoe kijkt/keek jouw omgeving hiernaar?
- Welke verwachtingen had je van de zorg?

In Zuyderland Care wordt gewerkt volgens het model van Persoonsgerichte Zorg. Zou je willen vertellen wat dat voor jou betekent?

- Op welke manier breng je dat in de praktijk?
- Kun je voor- of nadelen benoemen van dit model?

In de zorg worden we ook geconfronteerd met leed wat we vaak niet kunnen oplossen. Zijn er ervaringen uit jouw eigen werk waar je aan moet denken? Kun je daar iets meer over vertellen?

- Waar, hoe ging dat, wat gebeurde er, hoe voelde dat?

Zijn er nog andere voorbeelden die je kunt noemen?

- waar, hoe ging dat, wat gebeurde er, hoe voelde dat?

Kun je vertellen hoe jij omgaat met ervaringen van onmacht of onoplosbaarheid in jouw werk?

- Hoe heb je dat geleerd?
- Bij wie kun je terecht als het gaat om dit soort ervaringen?
- Hoe gaan collega's daarmee om?
- Komt het weleens voor dat je dit soort ervaringen mee naar huis neemt?

Wat hebben die ervaringen met jou gedaan? Zou je hier iets over willen vertellen?

- Hoe heeft het jouw beeld van het leven veranderd?
- Hoe heeft het jouw beeld van de zorg veranderd?
- Hoe kijk je zelf aan tegen ouder worden?

Wat zou er volgens jou nog moeten gebeuren om zorgverleners te ondersteunen in het omgaan met onoplosbaar leed en onmacht in de zorg?

Over Zie Mij (enkel voor de deelnemers aan Zie Mij)

Zou je iets willen vertellen over hoe jij Zie Mij ervaren hebt?

- Wanneer was dat?
- Wat gebeurde erbij jou?
- Wat voelde je daarbij?
- Wat viel je op?
- Wat raakte je?
- Hoe was het om je ogen gesloten te houden?

Zou je iets kunnen vertellen over hoe Zie Mij raakt aan jouw eigen werk in de zorg?

- Hoe neem je het verhaal mee in je eigen werk? Kun je een voorbeeld geven?
- Zijn er elementen die in het bijzonder betrekking hebben op jouw eigen werk?
- Zijn er stukken uit Zie Mij die je nog hebben beziggehouden?

Waar gaat Zie Mij volgens jou over?

- wat deed dat met jou?
- herkende je je daarin?

Hoe denk jij dat Zie Mij zorgverleners kan ondersteunen in het omgaan met onoplosbaarheid en onmacht?

BIJLAGE 4 *Reflectiedocument analysefase*

In deze bijlage zijn drie korte fragmenten uit het reflectiedocument opgenomen, ze dienen enkel als voorbeeld van het onderzoeksproces. Vanwege de herleidbaarheid zijn de voorbeelden waar nodig geanonimiseerd. Het gehele document is opvraagbaar bij de onderzoeker. Vrijgave is in overleg met de thesisbegeleider in verband met privacy en niet-herleidbaarheid.

Interview Laura

- P.9 Bijzondere woordkeuze, het verblijf als ‘een moetje’.
Ze lijkt zichzelf te onderstrepen door de woorden ‘en dat is wat het is’.
- P.10 Het woord ‘moed’ komt wat onverwacht. Het kost toch niet veel moeite? Uit dit fragment blijkt dat het toch niet zo vanzelfsprekend is. Barstjes in het eerder geschetste beeld?
- P.11 ‘Best wel veel’ strookt niet helemaal met het eerdere beeld van gezelligheid en volgen van de cliënt. Komt er nu meer opening om werkelijkheid van zorg te belichten?
- P.12 Laura voelt zelf verdriet door het zien van verdriet van de ander.
Cliënt praat dan geen moment over gebeurtenis. Hier gaat het niet over emoties zien, maar het verbaal kunnen communiceren ervan. Grijpt terug op het gegeven dat cliënten het ‘bespreekbaar maken’. Zou het moeilijke zijn dat Laura wel moet verzorgen en zo spanning oproept, waarbij het haar eigen verantwoordelijkheid is de schade te beperken?

Interview Petra

- P.2 Petra’s visie op dementiezorg is eigen regie teruggeven. Wat bedoelt ze daar eigenlijk mee? De enige grens is gevaarlijke situaties? Verder moeten mensen ‘hun ding kunnen doen’. Ze geeft aan dat wanneer je opgenomen wordt, sociale contacten en bezoek wegvallen en dat je steeds afhankelijker wordt. Dus de enige kwaliteit van leven is dan dat je niet steeds gecorrigeerd wordt? Je kunt als het ware doen wat je wilt, terwijl er

niemand meer is waar je het voor doet. Waar past verbinding in haar verhaal. Dit lijkt op een best radicale vorm van autonomie denken.

P.9 Hier is geen goed of fout. Wat bedoelt Petra daarmee? Is er geen goede of foute zorg? Is er geen goede of foute manier in het omgaan met emoties?

P.12-18. Het beeld van Petra van de bewoner krijgt contouren. De ware ik, de echte, juiste mens, is aanwezig in de zieke mens. De ziekte zorgt ervoor dat de echte mens vertroebeld raakt en de ziekte is verantwoordelijk voor probleemgedrag, niet de echte mens, die heeft er geen schuld aan. De mens zien is de echte mens zien (gevoel), terwijl de ziekte begrepen moet worden (kennis).

Interview Erik

P.16 Erik geeft aan niet gemakkelijk over gevoelens te praten. Zoekt meer naar handelingsopties. Dit komt in interview ook naar voren. Zit in doe-modus en wil zich verantwoorden. Weinig reflectie. Had ik andere vragen moeten stellen?

Het valt op dat Erik vooral wil praten over hoe anderen zijn handelen zien. Een gesprek dient ertoe reflectie op zichzelf op gang te brengen.

P.19 De opmerking van zorg als tweerichtingsverkeer is opvallend. De zorg die geboden wordt is één richting. Maar wat is de andere? Het ontvangen? Is dat een richting? Of in dankbaarheid ontvangen? Daar zit wel een richting in. Dan komt er iets naar Erik terug.

Als het niet werkt, ligt het niet aan Erik, maar aan de ander die niet wil ontvangen.

P.20 Erik gaat beetje alle kanten uit. Eerst heeft hij er lering uit getrokken, vervolgens is het normaal maatschappelijk gedrag, vervolgens is het heel normaal dat je aftast.

P.21 Wat is nog meer nodig om te onderbouwen dat iemand terminaal is, als je het ziet, proeft en merkt? Durft Erik wel op zijn eigen gevoel af te gaan?

BIJLAGE 5 *Personal Experiential Themes*

In deze bijlage zijn twee korte fragmenten uit het PET-document opgenomen, ze dienen enkel als voorbeeld van het onderzoeksproces. Vanwege de herleidbaarheid zijn de voorbeelden waar nodig geanonimiseerd. Het gehele document is opvraagbaar bij de onderzoeker. Vrijgave is in overleg met de thesisbegeleider in verband met privacy en niet-herleidbaarheid.

Interview Esther

<p>A. GEEN SCHOLING MAAR EEN ERVARING.</p> <p>Zie Mij raakte haar dusdanig dat ze nadien een tijd geen woord uitbrengen.</p> <p>Zie Mij zorgde voor een gedeelde ervaring van bewustwording onder de collega's.</p>	<p><i>“Ik was daarna toen het was afgelopen, was ik eigenlijk 10 minuten stil. Ik kon geen oord meer uitbrengen, ik vond het echt heftig.” (P.19)</i></p> <p><i>“En ik was niet de enige, we hadden dat allemaal, allemaal stil en we zeiden eigenlijk allemaal hetzelfde...” (P.22)</i></p>
<p>B. HET PERSPECTIEF VAN DE ANDER ALS ONBEKENDE DIMENSIE VAN ZORG.</p> <p>Perspectief van oudere mensen is normaal niet toegankelijk voor jongere mensen.</p> <p>Het perspectief van de ander zien, was voor Esther een ongemakkelijke openbaring.</p> <p>Dat gevoelens van de cliënt een rol spelen in het bieden van zorg, en niet alleen maar zorgdoelen, was een inzicht dat binnenkwam.</p>	<p><i>“Gewoon om te zien hoe iemand dat ervaart, iemand ouder is en hoe die persoon dat ervaart, weet je, we zien dat niet vanuit hun perspectief.” (P.19)</i></p> <p><i>“Ja, het kwam echt bij me binnen, ik vond het echt, ik vond het echt heftig om te zien, om te kijken hoe iemand dat ervaart.” (P.20)</i></p> <p><i>“We kijken bijna nooit vanuit de kant van de cliënt. Hoe voelt hij zich daarbij? Het is alleen maar zorgplan. Hoe wordt hij verzorgd? En that's it. Maar ja, de gevoelens van iemand zijn ook wel heel belangrijk. En toen ik dat zag, kwam die echt wel bij me binnen.” (P.21)</i></p>

Interview Kim

<p>F. LICHAAM EN GEVOEL ALS NATUURLIJKE BRONNEN IN HET ZORGEN.</p> <p>Kim zoekt een midden tussen open eerlijkheid en troostende bescherming.</p> <p>Om te troosten gebuikt Kim soms woorden en soms haar lichaam.</p>	<p><i>“Maar ik probeer wel eigenlijk altijd eerlijk te zijn dat ze nu hier wonen en dat het kan dat ze dingen vergeten, maar soms probeer ik ze ook daarin gerust te stellen dat iedereen wel eens wat vergeet...” (P.8)</i></p> <p><i>“Ja, dat is toch iets natuurlijks wat ik doe, denk ik. Je doet dan ook om, ja niet heel intiem zeg maar, maar gewoon een arm op iemands rug leggen...” (P.9)</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Lichamelijkheid is een belangrijke dimensie in het contact met de bewoner, kan dreiging of vertrouwen uitstralen.</p> <p>Fysieke aanraking als troost is spontaan en niet beredeneerd.</p> <p>Kim vertrouwt op gevoel als doorslag na rationele afweging van een dilemma.</p> <p>Onmacht deed haar terugvallen op haar gevoel.</p>	<p><i>“...probeer ik te bukken of door mijn knieën te gaan of bij hen op het bed zitten bijvoorbeeld, dat je wel een beetje dezelfde ooghoogte hebt.” (P.10</i> <i>“...anders heb ik vaak het idee dat het een beetje dreigend over kan komen dat je boven iemand of onder iemand staat.” (P.10)</i></p> <p><i>“Dat is toch iets natuurlijk wat je doet, denk ik, om iemand gerust te stellen.” (P.9)</i></p> <p><i>“...dat is soms ook gewoon een gevoel wat ik heb, dat ik denk, dit is nu de beste manier.” (P.8)</i></p> <p><i>“Ik voelde ook dat ik gewoon moest blijven voor die vrouw, en ook voor mijn andere collega.” (P.21)</i></p>
<p>G. EMOTIES MOET JE VAN JE AFPRATEN.</p> <p>Door te reflecteren op wat was gebeurd, kwam er ruimte voor emoties.</p> <p>Emoties moeten losgelaten kunnen worden.</p> <p>Achteraf emoties van je afpraten werkt voor Kim heel goed.</p> <p>Door te praten neemt Kim afstand van de ervaring en het bijbehorende gevoel.</p> <p>Van je afpraten vraagt primair om een tegenover. Begrip van de ander is fijn, maar niet noodzakelijk.</p> <p>Kim heeft zelf een weg gezocht in het omgaan met emoties, ze wist niet op wie ze professioneel daarvoor kon terugvallen.</p> <p>Emoties uiten en erover praten hielp Kim op den duur afstand te creëren tussen de ervaring en zichzelf.</p> <p>Kim ervaart nog altijd emoties, als de ervaring aangeraakt wordt, maar weet niet goed waarom.</p>	<p><i>“En ja, daarna, dan komt pas het besef wat er eigenlijk gebeurd is.” (P.16)</i></p> <p><i>“...dat moet ik dan wel een beetje van me afpraten zodat ik het gevoel ook kwijt kan.” (P.12)</i></p> <p><i>“...en achteraf probeer ik er dan wel met collega's over te praten en thuis soms ook [...] en dat werkt voor mij wel heel goed eigenlijk. Dat is door het wel van me af te praten...” (P.11-12)</i></p> <p><i>“Ja, het gevoel wat het me geeft denk ik, en ook wat er gebeurd is...” (P.12)</i></p> <p><i>“...dus je hoeft niet per se in de zorg te werken dat ik mij ei kwijt kan, dat ik mijn gevoel kwijt kan bij diegene, dat hoeft niet per se, maar ik merk wel dat ik soms bij degene die in de zorg, ja, die weten waar je over praat, zeg maar.” (P.13)</i></p> <p><i>“Of dat je weet waar je terecht kan als je ermee blijft zitten.” (P.22)</i></p> <p><i>“Ja, ik heb er wel over gepraat, maar door eigenlijk ook de emotie gewoon zijn gang te laten gaan, kon ik het wel sneller van me afzetten. Het heeft wel even geduurd...” (P.19)</i></p> <p><i>“...ik weet het niet. Ja het is toch weer een gevoel, of zo. Ik weet niet, ja, wat het toch weer losmaakt, zeg maar.” (P.20)</i></p>

BIJLAGE 6 *Group Experiential Themes*

In deze bijlage is een overzicht opgenomen van de verschillende GET's met daaronder de bijbehorende PET's (en subthema's). Tijdens het schrijven van de resultaten zijn enkele GET's afgefallen vanwege te weinig overeenkomsten of te weinig relevantie met betrekking tot de onderzoeksvraag.

GET 4: ZORGEN ZIT IN JE.

4. WERKEN IN DE OUDERENZORG PAST BIJ WIE ZE IS EN WAAR ZE VOOR STAAT.

Een professionele rol die past bij haar natuur.
Zorgen is samen met de cliënt blijven kijken naar mogelijkheden.
Integer zijn.

6. DE UITDAGING VAN DE PRAKTIJK SPREEKT AAN.

8. ZORGEN MOET IN JE ZITTEN.

2. ZORGEN IS EEN AANGEBOREN PASSIE, UITDAGEND EN VOLDOENEND.

Zorg als zinvolle levensinvulling.
Zorgen voor anderen geeft voldoening.
De zorg is een uitdagend werkveld.
Verborgene drijfveer.

GET 1: ZORG ALS EEN VOORTDUREND AFSTEMMEN OP DE UNIEKE ANDER EN DAARIN VAN BETEKENIS ZIJN.

8. ZORG BIJEN IS EEN BETEKENISVOLLE PRAXIS.

Zorg bieden is verzorgen en helpen
Zorg bieden is gericht zijn op de ander
Zorg bieden is van betekenis zijn

6. ZORGEN IS EEN BETEKENISVOLLE PRAXIS.

5. ZORGEN IS REKENING HOUDEN MET DE BEHOEFTE VAN DE ANDER.

10. ZORGEN IS AFSTEMMEN OP DE ANDER

7. ZORG BIJEN IS EEN PROFESSIONELE AANDACHTSVOLLE GERICHTHEID OP DE UNIEKE ANDER.

3. PATIENTEN ZIJN UNIEKE PERSONEN MET EEN PROBLEEM DAT BEGREPEN MOET WORDEN.

3. ERVARING VAN BETEKENIS TE KUNNEN ZIJN VOOR DE UNIEKE MENS.

1. ZORG BIJEN ALS ZINVOLLE MEDEMENSELIJKHEID.

Worden wie je bent
Moeite doen voor je medemens om het fijner te maken
Oordeelloze gerichtheid op de ander.

9. ZORGEN IS DE SITUATIE BETER MAKEN VOOR DE UNIEKE ANDER.

Zorg als gevoelde medemenselijkheid
Zorg is ieder dag streven naar beter.
Zorg is moeite willen doen.

1. ZORGEN VRAAGT OM CREATIVITEIT.

2. ZORGEN IS VERBINDEND

GET 7: ZORGEN DOE JE NIET ALLEEN, MAAR SAMEN.

~~1. JE KUNT HET NIET ALLEEN DOEN.~~

- ~~———— De afdeling is een eigen wereldje.~~
- ~~———— De teamleden hebben aandacht voor elkaar.~~
- ~~———— Samen is het team tot veel in staat.~~

~~2. ONDEDEEL ZIJN VAN EEN TEAM.~~

~~3. COLLEGA'S ALS KLABORD VOOR EMOTIES.~~

~~4. NAASTE COLLEGA'S ZIJN BELANGRIJK.~~

~~6. ZORGEN DOE JE MET ELKAAR.~~

~~9. DE MANAGER ALS SCHEIDRECHTER.~~

~~GET 2: MOMENTENTJES VAN VOLDOENING.~~

~~2. ZORGEN SCHEPT EEN BAND DIE GOED VOELT.~~

~~4. JE KRIJGT ER VEEL VOOR TERUG.~~

- ~~———— Er is meer dan geld alleen.~~
- ~~———— Er ontstaan waardevolle verbintenissen.~~

~~10. VOLDOENING KOMT UIT KLEINE MOMENTEN VAN WAARDERING EN ERVARING VAN DIEPE VERBONDENHEID~~

~~4. KLEINE MOMENTEN VAN WAARDERING BETEKENEN VEEL.~~

GET 8: ZORGEN ALS IDEAAAL WORDT BEGRENSD DOOR DE WERKELIJKHEID VAN ALLEDAG.

7. DE REALITEIT GAAT VOOR HET IDEAAAL VAN ZORG.

8. GRENZEN AAN HAAR IDEAAAL VAN ZORG.

6. ERVARING BRENGT IDEALEN IN OVEREENSTEMMING MET DE REALITEIT.

5. ZORG BIJEN IS EEN AUTOMATISME GEWORDEN.

~~GET 3: EEN RADERTJE IN EEN GROTER SYSTEEM.~~

~~10. PERSOONSGERICHTE ZORG IS GEEN VANZELFSPREKENDHEID.~~

~~2. OP SPANNING MET HET SYSTEEM.~~

~~4. HET SYSTEEM WEERSPIEGELT WAARDEN NIET.~~

~~1. AFSTAND TOT DE ORGANISATIE.~~

GET 6: VERANTWOORDELIJKHEID EN ONMACHT.

4. DUBBELE VERANTWOORDELIJKHEID

- Verantwoordelijkheid voor het welzijn van cliënt en naasten.
- Verantwoordelijk voor eigen welzijn.

2. VERANTWOORDELIJKHEID STAAT ALTIJD ONDER SPANNING.

1. HET JUK VAN VERANTWOORDELIJKHEID.

3. VERANTWOORDELIJKHEID KAN EEN LAST ZIJN.

3. GEVOELDE VERANTWOORDELIJKHEID ALS BRON VAN ONMACHT.

7. GRENZEN AAN ZORG BIJEN.

4. VERANTWOORDELIJKHEID ONDER DRUK.

~~GET 9: ZORGEN IS JEZELF IN DE SCHOENEN VAN DE ANDER PLAATSEN.~~

~~1. JEZELF ALS REFERENTIEKADER.~~

~~4. DE ANDER IS ALS JEZELF.~~

GET 10: ZORGEN IS EMOTIONEEL CONFRONTEREND.

10. ZORGEN VRAAGT HANDELEN OP GEVOEL.

2. GEVOELENS ZIJN EEN LASTIG ONDERWERP.

7. EEN ZORGRELATIE HEEFT EEN EIGEN KWALITEIT.

6. ZORG IS CONFRONTATIE MET ONMACHT.

8. CONFRONTATIE MET LIJDEN.

1. ZORG BIJEN IS BLOOTSGESTELD WORDEN AAN EMOTIES.

Ervaringen van verlies.

Ervaringen van onmacht.

Ervaringen van tragiek.

9. EENZAAMHEID ALS BRON VAN ONMACHT.

GET 12: PROFESSIONALITEIT EN EMOTIES.

5. EMOTIES ZIJN EEN VERVELEND BIJVERSCHEIJNSEL VAN ZORG.

5. ERVARINGEN VAN ONMACHT EN LIJDEN SPELEN NIET IN HAAR BELEVING.

1. EMOTIONELE GRENZEN MOETEN BEWUST BEWAAKT WORDEN.

2. LOSLATEN HOORT ERBIJ.

4. EEN PERSOON MET EEN PROFESSIONELE ROL.

5. EMOTIES EN PROFESSIONALITEIT GAAN NIET SAMEN.

9. PROFESSIONEEL OMGAAN MET EMOTIES.

7. EMOTIES MOET JE VAN JE AFPRATEN.

GET 14: RATIONALITEIT ALS COPING.

4. ZOEKEN NAAR CONTROLE.

1. VOORTDURENDE GERICHTHEID OP CONTROLE.

Controle is vluchtig.

Ze laat zich niet ontmoedigen.

2. RATIONALISEREN HELPT IN HET OMGAAN MET ONMACHT.

2. PRATEN IS OM TE VERBETEREN, NIET OM TE VENTILEREN.

7. RATIONALITEIT ALS LEIDRAAD EN ALS COPINGSTRATEGIE.

3. RATIONALITEIT ALS COPING.

8. DEMENTIE IS ZOWEL DE BRON ALS DE OPLOSSING VAN LIJDEN.

3. POSITIEVE MOMENTJES ALS COPING.

GET 11: ZORGEN KAN DIEPE IMPACT HEBBEN OP JEZELF.

9. DE GRENZEN VAN PROFESSIONALITEIT WAREN NIET STERK GENOEG.

10. ONMACHT KAN DIEPE SPOREN TREKKEN.

8. EEN ERVARING DIE ZE MEEDRAAGT.

5. DE DOOD DOORBREEKT HET PROFESSIONELE HARNAS.

7. EEN ERVARING VAN EEN ANDERE ORDE.

GET 5: ZORGEN MAAKT KWETSBAAR.

8. ZORG BIEDEN HEEFT EEN PRIJS.

10. OMGAAN MET EMOTIES KOMT MEESTAL OP JEZELF NEER.

3. UITEINDELIJK MOET JE HET ZELF DOEN.

GET 13: ZORGEN IS WAARDEN GEDREVEN.

10. HET DOEL VAN DE ZORG IS HET GOEDE.

6. JE EIGEN WAARDEN STAAN SOMS ONDER DRUK.

8. HET BELANG VAN REFLECTIE.

Goede zorg is bewuste zorg.

Verschil tussen weten wat goed is en het doen.

4. DE KERN VAN WAT ZORG IS, IS NIET IETS WAT UIT TE LEGGEN VALT.

5. EIGEN MORAAAL KAN LASTIG ZIJN IN DE ZORG.

GET 15: WERK VS HET PERSOONLIJKE LEVEN.

10. CONFRONTATIE MET TRAGIEK DOET JE REFLECTEREN OP JE EIGEN LEVEN.

8. PROFESSIONAL VS. PRIVE.

4. DE ANDER IS NIET ALS JEZELF.

5. DE ZORG IS EEN CONFRONTERENDE WERELD.

2. OUDER WORDEN IS EEN EXISTENTIËLE ANGST.

***** ZIE MIJ *****

GET 16: DE ERVARING ZIE MIJ.

6. ZIE MIJ WAS EEN BELEVING EN EEN PERSPECTIEVERSCHUIVING.

3. SPELEN MET GRENZEN VAN HET ALLEDAAGSE.

9. ZIE MIJ ERVAAR JE, ALLEEN TEMIDDEN VAN ANDEREN.

GET 22: RAAKVLAKKEN.

3. HERKENNING EN BEVESTIGING VAN EIGEN GOEDE ZORG.

9. PROJECTIE VAN EIGEN WORSTELINGEN?

10. FICTIEF MAAR HERKENBAAR.

GET 17: BEWUSTWORDING DOOR REFLECTIE.

- 6. ZIE MIJ BRENGT REFLECTIE.
- 3. UITGEDAAGD TOT EEN EERLIJK KIJKEN NAAR DE EIGEN PRAKTIJK.
- 5. ZIE MIJ ALS KRITIEK OP AUTOMATISME.
- 9. ZIE MIJ SPOORT AAN TOT REFLECTIE.
- 10. BEWUSTWORDING LEIDT TOT BETERE ZORG.
- 10. REFLECTIE GEEFT RUIMTE.

GET 21: VERSCHUIVING VAN PERSPECTIEF.

- 9. EEN ANDERE VORM VAN LEREN.
- 5. HET PERSPECTIEF VAN DE ANDER ALS ONBEKENDE DIMENSIE VAN ZORG.
- 3. BEWUSTWORDING DOOR PERSPECTIEFWISSELING.

GET 18: EEN EMOTIONELE ERVARING.

- 10. ZIE MIJ WEKT EMOTIES OP.
- 9. ZIE MIJ RIEP STERKE EMOTIES OP.

GET 19: EMPATHISCHE GEVOELENS.

- 5. ZIE MIJ HAD EEN POSITIEF EFFECT OP HAAR.
- 9. ZIE MIJ WEKT EMPATHIE.

GET 20: EEN GEZAMENLIJKE ERVARING.

- 5. GEEN SCHOLING MAAR EEN ERVARING.
- 6. ZIE MIJ WAS EEN VERBINDENDE ERVARING.
- 10. ZIE MIJ IS EEN GEZAMENLIJKE ERVARING.

BIJLAGE 7 Resultatenbeschrijving volgens IPA-methode

In deze bijlage is de resultatenbeschrijving opgenomen die de structuur van de IPA volgt en waarin de GET's en ideografische uitspraken een belangrijke rol spelen. Dit gaat wel ten koste van de leesbaarheid. In overleg met de thesisbegeleider is ten behoeve van de leesbaarheid een samenvattende tekst geschreven op basis van onderstaande tekst. De samenvattende tekst is opgenomen in de resultatensectie van de hoofdtekst.

Bevindingen: ervaringen van onmacht in de transmurale ouderenzorg.

Wat hieronder volgt is een beschrijving van de bevindingen uit de interviews met tien respondenten aan de hand van elf *Group Experiential Themes (Get's)* waarbij de focus is gelegd op hoe de respondenten omgaan met onmacht en tragiek, binnen de context van hun eigen visie op zorg. Het onderstaande samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten een sterke intrinsieke motivatie ervaren om de bewoners van hun afdelingen te helpen, wat wordt ingevuld als oplossen en beter maken. Ze willen graag positiviteit en kwaliteit bieden. De werkelijkheid van de zorg maakt echter dat hun idealen begrensd worden, enerzijds door tijdsgebrek, maar anderzijds door diverse factoren waar ze geen invloed op hebben. Dit brengt gevoelens van onmacht voort, omdat ze niet kunnen voldoen aan de verantwoordelijkheid die ze voelen voor het welzijn van de bewoners. Een ander soort onmacht ervaren de respondenten door het blootgesteld worden aan tragiek, onmacht en het lijden van bewoners, terwijl ze dat niet kunnen wegnemen. Deze confrontatie is emotioneel voor de respondenten en brengt tevens een worsteling met zich mee met betrekking tot hun eigen visie op professionaliteit. Dit maakt dat emoties afgeschermd worden en wanneer ze toch emotioneel raken, moeten deze gevoelens zo snel mogelijk losgelaten worden. Daartoe worden vooral rationele strategieën aangewend. Deze strategieën zijn echter niet voldoende om te voorkomen dat de respondenten kwetsbaar zijn voor impactvolle gebeurtenissen. Een van de redenen is dat situaties die door een respondent als heftig kunnen worden ervaren, door de collega's als normaal worden bestempeld, waardoor het omgaan met emoties een particuliere aangelegenheid wordt. Dat veel zaken als normaal worden beschouwd lijkt te komen door opgebouwde ervaring, die maakt dat morele gevoeligheid afneemt. Aan het einde van de beschrijving reflecteren de respondenten op de zorg in relatie tot hun eigen privésituatie, waaruit blijkt dat hun zorgpraktijk vooral gericht is op de ander, maar dat eigen kwetsbaarheid of die van hun familieleden en vrienden iets is wat ze ver van zich willen houden.

Zorgen zit in je (GET 4).

Zorgen is meer dan werk alleen, dat is een overtuiging die de meeste respondenten delen. Werk heeft een formele structuur, met vastomlijnde verantwoordelijkheden en toegewezen taken, maar de respondenten ervaren ieder op hun eigen manier dat ze vanuit een sterke intrinsieke motivatie zorg bieden aan hun medemens. Voor de meesten is zorg iets dat van nature bij hen hoort, wat maakt dat werken in de zorg niet zozeer een keuze is, maar eerder een vanzelfsprekendheid. Er is een sterk besef van lotsbestemming aanwezig bij de meeste respondenten, het heeft zo moeten zijn dat ze in de zorg zijn gaan werken.

Voor Frank kwam de zorg op advies van zijn moeder op zijn pad, maar hij twijfelde in zijn opleiding lange tijd of dit wel bij hem zou passen en besloot de eerste stage af te wachten om een definitieve keuze te maken. Een toevallige samenloop van gebeurtenissen zorgde ervoor dat hij tijdens die stage gegrepen werd door de zorgpraktijk: *“Achteraf bleek dat je de eerste 10 dagen in de voeding moest staan op de huiskamer om de mensen een beetje te leren kennen [...] ze liepen achter in de zorg en kom maar mee gelijk [...] Ik weet niet hoe het gelopen was als ik eerst in de huiskamer had gestaan en boterhammen moest smeren.”* (P.2) Ook Saskia kwam er pas in de praktijk achter dat het werken in de zorg als het ware voorbestemd was: *“Ja, ja, en toen ben ik er wel vrij snel achter gekomen dat dat ook wel voor mij weggelegd was, ja.”* (P.1).

Voor Erik lijkt deze ervaring van voorbestemd zijn nog een ander doel te dienen. Hij noemt zich wel van nature een zorgmens, maar had voor zichzelf een hele andere richting binnen de zorg in gedachten. Tijdens zijn opleiding maakte hij de keuze om in de ouderenzorg “te blijven hangen”, iets wat hij zelf als volgt omschrijft: *“[Toen heb ik] toch het besluit genomen om hier genoeg mee te nemen en het voelt niet aan als een genoeg, want het voelt gewoon als mijn roeping...”* (P.2). Lotsbestemming kan zo bezien ook een manier zijn om een levensloop te verdedigen die idealiter anders had kunnen verlopen.

Of een lotsbestemming altijd gevoeld is, of later aan het levensverhaal wordt toegevoegd is niet belangrijk, want het komt uiteindelijk neer op een belangrijke kwaliteit van de zorgverlener die er sterk mee samenhangt, namelijk het karakter. Saskia zegt: *“Maar qua gevoel en mentaliteit en dergelijke, dat maakt niet uit welke leeftijd je hebt, of wanneer je bent begonnen. Dat zit in je. Ja, dus je karakter, hè. Dat kun je niet veranderen.”* (P.21-22). Saskia vervolgt: *“Natuurlijk een stuk theorie en alles wat je geleerd hebt, maar ja, uiteindelijk een stukje karakter en het gevoel...”* (P.6). Debbie zegt het kort maar krachtig: *“...of je bent ervoor gemaakt, of niet voor gemaakt.”* (P.25)

Zorg als een voortdurend afstemmen op de unieke ander en daarin van betekenis zijn (GET 1).

Alle deelnemers ervaren hun werk in de zorg als betekenisvol. In het kunnen helpen van anderen ervaren ze zelf ook betekenisgeving en in die zin heeft zorg een wederkerig karakter. Zij geven allen aan dat ze erop gericht zijn zich voortdurend af te stemmen op de wensen en behoeften van de mensen waarvoor ze zorgen en dat ze zich willen inspannen deze wensen en behoeften zo goed mogelijk te vervullen. Daarmee wordt niet primair de lichamelijke verzorging bedoeld, al hoort dat er natuurlijk wel bij, maar de deelnemers willen meer betekenen. Ze willen mensen iets van positiviteit bieden in een omgeving die dit ontbeert.

Bert omschrijft zorg bieden als: “...dat ik iets voor de mensen kan betekenen, de mensen zitten toch ook vaak alleen...” (P.1). Laura wil vooral: “Klaar staan voor mensen, iets extra’s bieden” (P.2) en Frank zegt: “Ik vind het fijn om dingen voor mensen te doen en vooral in positieve zin.” (P.8). Saskia laat zien dat er voor haar een verschil is tussen zorg bieden en verzorgen, ze wil vooral: “...de mensen bezig kunnen houden, een leuke dag kunnen bezorgen, niet specifiek op het verzorgen, maar gewoon...” (P.2) en Petra ziet zorg als: “...dat je mensen nog kunt helpen om nog een beetje kwaliteit uit het leven te halen.” (P.2). Erik lijkt het meest sombere beeld te hebben van de mensen waar hij mee werkt: “...bij dementerenden [...] is eigenlijk geen doel, behalve het in standhouden en het op gemak stellen van de mensen. Een prettig verblijf creëren...” (P.3)

Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen en de behoeften van de bewoners willen de deelnemers zich persoonlijk inspannen de bewoner en zijn unieke context en levensloop zo goed mogelijk te leren kennen. Kim zegt: “Hier ben je wat langere tijd met de mensen bezig en je leert de geschiedenis kennen en je weet waarom ze soms op een bepaalde manier reageren en je kunt ze daarbij ook beter ondersteunen.” (P.2). Frank vindt het vooral belangrijk kennis te vergroten: “...dat je echt in gesprek gaat, in eerste instantie bij opname, dat je zoveel mogelijk informatie verzameld bij de bewoner, maar ook bij de familie.” (P.6) maar Bert merkt op dat kennis van de bewoner je niet ontslaat van het voortdurende meebewegen met veranderende omstandigheden: “Ja, afstemmen op de cliënt, wat de behoeftes van de cliënt zijn, dat vind ik wel het allerbelangrijkste. Het kan allemaal wel in het zorgplan van de cliënt staan, maar goed, de cliënt verandert ook met de week, dus daaraan moet je je gewoon aanpassen.” (P.2).

De deelnemers spreken veelal in een taal van positiviteit als ze spreken over wat ze kunnen betekenen voor mensen. Sandra zegt: “...je bent samen met de mensen. Je probeert ze

een leuke dag te geven, want ondanks dat iemand ook heel ziek kan zijn, probeer je toch het beste van die dag te maken...” (P.2) en Sandra zegt “*...ik ga een beetje op zoek naar manieren waardoor het wel fijn kan zijn*” (P.12) en ook al is het een keer lastig voor de bewoner, dan wil Saskia haar best doen de negativiteit weg te nemen: “*Ja, je moet wel de juiste woorden vinden om daar dan weer mee om te gaan, en te kijken van hoe krijg ik haar daar weer een beetje uit en in de positieve stemming weer...*” (P.5). Debbie wil zelfs het negatieve als het ware ontkennen, om positief te kunnen blijven: “*De dingen die wel kunnen, dus naar de andere kant kijken.*” (P.23)

Toch blijft dit afstemmen met alle goede intenties een onzekere onderneming, vanwege de mate van onkenbaarheid en onvoorspelbaarheid van de bewoners die lijden aan dementie. Deze onzekerheid wordt door de deelnemers veelal positief benaderd, ze zien het als een uitdaging. Frank zegt: “*En ik vond dat toen heel interessant om die belevingswerelden, om daarin mee te kijken waar iemand nu precies staat. Dat was hetgeen waardoor ik ook echt in de zorg ben gebleven.*” (P.1-2) en verder: “*...op de PG-afdeling, ja dat echt is mijn stukje, het omgaan met onbegrepen gedrag [...] ik vind het mooi om te zoeken naar wat de onderliggende oorzaak is, als die er al is.*” (P.3-4). Erik zegt: “*...dat maakt het wel heel leuk en dynamisch [...] wat je niet kunt verwachten, ondanks de planbare zorg is er ook veel niet planbare zorg.*” (P.42) en Saskia koppelt het aan haar eigen houding als ze zegt: “*...ik ben wel iemand die dan meer wil en ja, ik kan ook niet denken van, oh, dat is niet gelukt [...] dan zoek ik een manier dat het wel lukt.*” (P.23). Petra koppelt voor zichzelf de ziekte los van de bewoner om op die manier met een positieve blik te kunnen blijven kijken naar haar dagelijkse praktijk: “*...ziekte neemt op die momenten gewoon echt de overhand. En juist de momenten dat ze dat niet hebben en hun ware ik laten zien vind ik veel belangrijker dan de momenten dat ze probleemgedrag hebben. Want dan zie je de juiste persoon niet.*” (P.12). Dit ‘ware ik’ dat Petra benoemt, is voor Laura ook een bron van voorzichtigheid. Ze kan niet op haar eigen oordeelsvermogen vertrouwen want: “*...iemand kan heel mooi weer spelen, maar vroeger niet fijn geweest zijn...*” (P.14-15). Maar ook al is de ‘ware ik’ geen fijne persoon geweest in het verleden, vindt Laura dat ze dit niet mee mag laten spelen in haar zorgrelatie: “*...hij verdient toch de zorg die hij nodig heeft [...] dus ik moet me daar absoluut overheen kunnen zetten...*” (P.15) want: “*...dat staat los van mij...*” (P.15).

Zorg zoals de respondenten het beleven, heeft een sterk maakbaar karakter. Ze schetsen een ideaalbeeld waarin weinig ruimte is voor de niet-maakbaarheid. Toch kan dit ideaalbeeld snel in de verdrukking komen waarna het redelijk gemakkelijk terzijde wordt verschoven. Erik verwoordt dit als volgt: “*... dat kan niet altijd, als je op een avonddienst*

bent en je bent alleen op die gang [...] dan moet ze het enigszins aanvaarden.” (P.18). De gerichtheid op de bewoners heeft zo gezien praktische grenzen en verschuift verantwoordelijkheid naar de bewoner, zij zal moeten aanvaarden dat aan haar behoeften op dit moment geen gehoor kan worden gegeven.

Zorgen als ideaal wordt begrensd door de werkelijkheid van alledag (GET 8).

De grenzen van hun ideaal van zorg wordt door meerdere respondenten aangehaald. Uit de reacties van de respondenten komt een zekere vanzelfsprekendheid naar voren waarmee deze grenzen geaccepteerd worden. Enkele respondenten benoemen werkervaring als een reden van het temperen van eigen idealen.

Zorgen is uiteindelijk gewoon werk, zoals Kim zegt: *“En ja, je wilt ze toch allemaal op tijd uit bed hebben en verzorgd hebben en dat ze gegeten hebben. Dat is soms wel dat je denkt, we moeten even doorwerken.”* (P.5). De aandacht voor de bewoners die zo belangrijk wordt geacht door de respondenten moet plaats maken voor zorgtaken die gedaan dienen te worden, Esther verwoordt het aldus: *“...wij doen dat gewoon haast automatisch, maar als je erover gaat nadenken voor die persoon, wat doet dat met die persoon? [...] in de zorg gaat het ook allemaal heel snel hè, want we hebben haast...”* (P.19). Dit altijd aanwezige risico dat zorg verwordt tot een automatisme benoemt Saskia ook: *“Ik denk wel dat je op een gegeven moment natuurlijk, ja, het gaat allemaal een beetje op de automatische piloot.”* (P.21).

Ondanks dat de respondenten aanvoelen dat dit niet de zorg is die ze voor ogen hebben, moeten ze zich er regelmatig bij neerleggen. Kim zegt: *“Ja je hebt niet, soms komen gewoon andere casussen even voorop waarvoor je gewoon even op dat moment de focus moet gaan leggen en dan worden andere dingen op de lange baan geschoven.”* (P.4). Ook Frank legt zich neer bij deze begrenzingen van zijn ideaalbeeld: *“Dat heb ik over de jaren wel geleerd, dat je er niet te zeer mee moet zitten en ook af en te moet accepteren dat iets niet anders is.”* (P.11-12).

Ook al moeten de respondenten zich bij deze drukte neerleggen, toch schuurt het. Saskia stoort zich vooral aan haar collega's die zich wel heel gemakkelijk conformeren aan deze dynamiek: *“Ja, ja even cru gezegd het binnenkomen, de mensen verzorgen, rapporteren, ze hebben allemaal eten en drinken gehad en het is drie uur en ik trek de deur dicht en naar huis. Weet je, dat. Die routine, zo ja, allemaal makkelijk en...”* (P.22). Dit is volgens Saskia niet wat zorg inhoudt: *“Het lijkt soms wel alsof het een, ja, misschien ben ik te negatief over medewerkers, maar een beetje robots zijn, zo van we doen dit werk en we zien niet wat er verder gebeurt.”* (P.23). Esther benoemt dit automatisme in haar eigen zorgpraktijk: *“Want ja,*

op gegeven moment gaat het automatisch hè. Dus ik voel op dit moment niet echt meer een uitdaging in mijn werk. [...] Ik heb dat wel een beetje gezien, gehad. Het spreekt me niet meer aan.” (P.2). Bijzonder is wel dat dit ervaren automatisme vooral voor zichzelf als een probleem ziet, maar niet voor de bewoner die aan haar zorg is toevertrouwd: “Ik bied wel goede zorg, dat wel.” (P.3).

Verantwoordelijkheid en onmacht (GET 6).

In het spanningsveld van het ideaalbeeld van maakbaarheid waaraan de respondenten willen voldoen en de alledaagse werkelijkheid van het werk, speelt verantwoordelijkheid een belangrijke rol. Deze persoonlijke verantwoordelijkheid die de respondenten voelen ten opzichte van hun bewoners wordt door hen ingevuld als een voortdurend moeten streven naar het verbeteren van de situatie van de bewoners, naar helpen, maar dit is niet altijd mogelijk. In deze momenten van spanning tussen willen en kunnen, ervaren de respondenten machteloosheid.

De voortdurende gerichtheid op beter maken, komt sterk naar voren in deze opmerking van Erik: “...naast de tevredenheid die [de cliënt] uitstraalt ook bespreekbaar te maken dat er misschien toch nog een marge is om nog wat uit te breiden...” (P.19). Een bewoner kan zich altijd nog meer tevreden voelen, maar tegelijkertijd kan Erik deze gevoelde verantwoordelijkheid niet waarmaken door het systeem waar hij zich in bevindt: “...[als] ik 3 uur aan het bed sta en 6 uur computertaken te verrichten heb [...] [dan]ontgaat [die aandacht] wel eens door de drukte van alledaagse zorg die je gewoon hebt, en alles wat op je to-do lijstje hebt staan”. (P.10). Dit blijft knagen bij hem, aangezien hij zich toch verantwoordelijk voelt om op de hoogte te zijn van de situatie van de bewoners: “Eigenlijk zou je dan een vliegje willen zijn, die dan continu om die mevrouw heen cirkelt en dan uiteindelijk zou je het misschien wel signaleren [...] maar omdat je gewoon zo druk bezig bent met alles...” (P.14-15). Debbie ervaart onmacht als ze eenzaamheid niet kan wegnemen, terwijl ze dit wel graag zou willen: “Maar goed, met de tekorten in de zorg en de bezetting. Ja, ik kan niet de hele dag bij die man zitten...” (P.7) “...hoe ga je daar dan mee om? Dat is heel lastig.” (P.7).

Ook Petra ervaart het als lastig dat zijzelf steeds keuzes moet maken waarbij ze bewoners niet de aandacht kan bieden waarvan zijzelf vindt dat ze dat behoort te doen: “...want dan moet je op tien plekken tegelijk zijn, terwijl je dat niet kan. En dat is soms wel lastig, dus dan moet je steeds keuzes gaan maken...” (P.5). Petra reflecteert: “...ik denk dat het ook wel een stukje bij een zorgmedewerker hoort dat je eigenlijk altijd het beste wilt.

Maar ook wetende dat dat niet altijd gaat.” (P.7). Toch ontslaat deze reflectie haar niet van haar gevoelde verantwoordelijkheid, de momenten die ze door drukte niet kan bieden wil ze: “...soms later terugpakken, dat moment dan op een later moment aanbieden. Soms heb je er gewoon echt niet de tijd voor en dan pak je het op een andere dag terug. Of je draagt het over naar een collega en probeer je het zo vorm te geven.” (P.6) en: “...voor nu is het dit en misschien lukt het volgende week wel. Vooruitkijken.” (P.14)

Naast de drukte op de afdelingen die maakt dat de gevoelde verantwoordelijkheid onder druk staat, zijn er ook andere factoren die ervoor zorgen dat de respondenten geconfronteerd worden met ervaringen van onmacht, met invloeden die ze niet kunnen controleren. Kim noemt de invloed van families als voorbeeld hiervan: “...families die niet goed liggen, daar heb jij zelf dan geen invloed op. En soms merk je wel dat bewoners daar last van hebben. Maar wij kunnen daar niet heel veel mee.” (P.6). Ook het eigen niet-weten speelt een belangrijke rol bij gevoelens van machteloosheid, niet kunnen bouwen op medische kennis of op werkervaring, maar de ervaring hebben dat je simpelweg niet weet wat te doen. Debbie zegt: “... waar komt dat vandaan? Is dat pijn, verdriet? Is dat door het CVA dat die emoties heftiger worden? Dat is gewoon heel moeilijk.” (P.14) en: “...dat weet je niet en daar kwamen we ook niet achter. Dus ja, wat is dan de goede keuze. Dat is heel lastig.” (P.17).

De eigen handelingsmogelijkheden kunnen ook beperkt worden door het systeem van de zorg zelf. Petra beschrijft dit als onmacht: “...als artsen niet helemaal mee willen werken, dan zit er al onmacht...” (P.13) “en soms kun je ook niks met je onmacht omdat je afhankelijk bent van anderen.” (P.14). Ook Erik heeft een ervaring waarin hij naar zijn gevoel niet op de manier kon handelen die hij en zijn team juist achtte: “...omdat we gewoon ergens in tegengehouden werden...” (P.25), terwijl Debbie van de andere kant ook blij is dat ze verantwoordelijkheid in moeilijke beslissingen kan doorschuiven naar de arts: “Gelukkig hoef ik die keuze ook niet te dragen [...] dat laat ik fijn aan de arts over.” (P.18).

Zorgen is emotioneel confronterend (GET 10).

In bovenstaande beschrijving van onmacht, werd dit vooral benaderd vanuit het verantwoordelijkheids perspectief van de zorgverlener. Het zijn ervaringen waarin de zorgverleners handelingsverlegenheid ervaren en daardoor niet hun verantwoordelijkheid kunnen nemen waarvan ze zelf vinden dat ze die zouden moeten nemen. Er is echter ook een ander soort onmacht dat in de interviews naar voren kwam, namelijk het getuige zijn van lijden en tragiek in de levens van de bewoners met dementie.

Respondenten vertelden hoe ze in hun werk getuige zijn van het verdriet en de pijn die bewoners ervaren doordat ze steeds meer dingen vergeten. Kim omschrijft dit zo: *“Ja, ook het stukje bij dementerende ouderen, dat ze vaak verdriet hebben dat ze het niet meer weten en dat ze niet snappen wat er aan de hand is. Waarom ze hier zijn? Ja, ze willen naar huis. Ja, daar hebben ze ook vaak wel verdriet van.”* (P.7). Zeker als bewoners zich bewust zijn van het feit dat ze steeds meer vergeten, vindt Saskia het moeilijk dat ze hen daarbij niet kan helpen: *“En het andere moment weet ze heel goed dat ze het kwijt is en dat is vaak wel, dat vind ik zo ’n lijdmoment, zo ’n moeilijk moment...”* (P.4). In zulke situaties is Saskia niet alleen getuige van onmacht, maar ervaart ze die zelf ook: *“Nee, dat kun je niet oplossen. Je kan iemand proberen op te vrolijken of een leuke dag bezorgen of leuke activiteit doen of, hè? Het kan allemaal, maar je kan dat stukje niet wegnemen.”* (P.8). De dementie kan er ook voor zorgen dat ingrijpende ervaringen uit het verleden van de bewoner door de dementie steeds weer terugkomen en opnieuw beleefd worden. Hier getuige van zijn zonder te kunnen helpen, maakte grote indruk op Laura: *“Er zijn situaties die zou je nooit willen dat iemand het overkomt [...] en dan moet deze cliënt het gewoon keer op keer beleven, omdat ze terugzakt in de tijd...”* (P.13). Laura is zich ervan bewust dat ze zich onmogelijk kan verplaatsen in de pijn die haar bewoonster steeds weer moet meemaken, maar ook het getuige moeten zijn wekt bij haar emoties op: *...ik kan niet hetzelfde ervaren, maar het doet me wel gewoon leed...”* (P.13) *“...ik voel dan wel echt verdriet [...] je ziet hun verdriet, het zou knap zijn als het je niks deed.”* (P.12).

Frank beschrijft een ervaring waarbij hij getuige was van het verdriet van een bewoner, waarvan diens echtgenote die hem iedere dag bezocht, na een kort ziekbed was overleden: *“Deze casus greep me wel heel erg aan, omdat je bij hem ook pure machteloosheid zag [...] en daarin kon je niets voor hem betekenen.”* (P.10). Frank beschrijft deze onmacht als een lichamelijke ervaring: *“Maar ik voel het vanbinnen, net alsof er twee handen om je hart zitten, zo ’n beetje drukkend gevoel, dat ik denk, hier moeten we iets mee, maar we kunnen er niets mee.”* (P.11). Sandra kon in een soortgelijke situatie ook het verdriet niet wegnemen, maar alleen maar delen in de onmacht en beschikbaar zijn voor de bewoner die net zijn vrouw was verloren: *“Dus toen heeft hij vijf minuten zo in bed gezeten, hand vastgehouden. En toen zie hij, nee het is goed zo.”* (P.8)

Getuige zijn van eenzaamheid die niet kan worden weggenomen is ook een bron van onmacht. Laura beschrijft die onmacht heel direct: *“... je kunt er niks aan doen, je kunt het proberen op te lossen, maar het gaat niet...”* (P.25). Ook Bert vertelt over de eenzaamheid van een bewoonster van zijn afdeling en hoe hij met een soort rolverschuiving te maken kreeg

die hem aangreep: “...dat was ook een cliënt die eenzaam was. Die had ook kinderen, maar die kinderen kwamen totaal niet omdat ze het gewoon niet aankonden om hun moeder zelf zo te zien [...] die noemde mij vaker de naam van haar zoon en dat ging me wel aan mijn hart, ja.” (P.4). Ook al kon Bert dit rationeel wel enigszins begrijpen, maar zijn eigen moraal verzette zich daartegen: “...ik kan het begrijpen dat je je moeder, ja je moeder is je moeder en die verandert gewoon qua persoon, dat is gewoon de realiteit, alleen ik kan me ook weer niet voorstellen dat je je moeder gewoon daar laat zitten en aan haar lot overlaat...” (P.5) “...het raakt me enorm en soms word ik er ook verdrietig van en dan denk ik ocharm, en dan zie ik andere bewoners en die krijgen wel bezoek van hun kinderen...” (P.5). Deze ervaring stond niet op zichzelf, maar is een realiteit waar Bert zich iedere dag weer toe moet verhouden: “...ik vind het pijnlijk, er zitten bewoners die gewoon eenzaam zitten en waar geen familie van komt en ja ze zitten maar, en zitten maar, en zitten maar. (P.5) “...en als je ook ziet wat het bij de andere cliënt doet, die fleurt helemaal op als de zoon op bezoek komt en vervolgens kijk je naar rechts en zit daar een andere cliënt en die zit alleen maar in een stoel, die hangt alleen maar voorover.” (P.4). Bert kan dit gemis alleen maar tijdelijk verlichten, maar kan het niet wegnemen: “...toch even dat contact, ja, dat ze hun aandacht krijgen. Maar vaker sta je ook machteloos...” (P.5).

Professionaliteit en emoties (GET 12).

De respondenten vertellen allemaal over ervaringen die hun geraakt hebben. Deze ervaringen worden door hen niet expliciet verbonden met het thema onmacht, maar lijken hier impliciet wel mee verbonden te zijn. Het omgaan met die emoties voor velen van hen een worsteling. Het merendeel van de respondenten beschrijft een schroom te ervaren in het uiten van emoties als ze hun professionele rol vervullen.

Met name Esther geeft een aantal keren aan dat haar professionele rol en haar eigen emoties met elkaar op spanning staan: “*We hebben ook gevoelens en soms is dat best moeilijk om te kunnen uiten, want er wordt een bepaalde verwachting naar jou gemaakt.*” (P.14). Als emoties te groot worden en niet tegen kunnen worden gehouden, resulteert dat in een innerlijke worsteling: “*Ik ben gewoon een hele gevoelige persoon, dat is het gewoon. [...] Ik ging meehuilen en ik dacht, dat is zo onprofessioneel dat ik dit nu aan het doen ben.*” (P.16). De geruststelling van de naasten van de bewoner is niet genoeg om de eigen overtuiging van professionaliteit even te laten rusten: “*[de familie zei] jij hebt ook gevoelens en het zou niet normaal zijn als je hier nu niet stond te huilen. Ja, maar voor mij, voor mij. Op dat moment had ik wel zoiets van ik ben hier nou wel de professional in functie en ik sta hier te huilen...*”

(P.17). Esther vindt dat ze haar werk niet naar behoren kan vervullen als ze emotioneel is: *“...want hun zijn dan verdrietig en als ze jou dan ook zo zien, ja dat werkt niet echt...”* (P.11). Esther maakt een duidelijk verschil tussen zichzelf als professional en zichzelf als mens, maar in haar werk lopen deze twee regelmatig door elkaar: *“Je werkt met mensen en het is heel moeilijk om je daarvan af te sluiten”* (P.14). Dit resulteert er voor Esther in dat ze probeert de confrontatie met verdriet in zichzelf te vermijden: *“...ik wil dat liever niet zien, liever niet meemaken [...] voor mij hoeft het liever niet. Ik hoef het liever niet te zien.”* (P.12).

Anderen geven aan dat ze voor zichzelf als professional manieren hebben ontwikkeld om zich af te schermen voor emoties. Erik heeft geleerd zaken los te laten: *“...wil het niet per se competentie noemen maar meer dat het zich gewoon bij mij zo ontwikkeld heeft.”* (P.38). Ook Bert kan in zichzelf een knop omzetten om zichzelf te beschermen tegen te grote emoties die bij zijn dagelijkse praktijk horen, waarbij hij ook een onderscheid maakt tussen de mens en de professional: *“Die zet ik hoofdzakelijk opzij [...] het gevoel mag er zijn, we zijn allemaal mensen, maar het is ook niet zo dat je continu daarin mee moet of kunt gaan, want dan ga je er zelf ook aan onderdoor.”* (P.6). Debbie kan deze emoties relativeren door ze enkel aan de professionele setting te koppelen: *“...dit is echt mijn werk. Ja, dit is mijn werk...”* (P.20). Door het strikt als werk te zien, kan zij moeilijke ervaringen en emoties achterlaten aan het einde van de dag: *“Nee, ik neem dat niet echt mee naar huis.”* (P.12). Ook Laura bewaakt deze professionele grenzen voor zichzelf: *“...ik kom naar het werk altijd met een frisse blik en ik sluit de dagen ook echt hier af.”* (P.6), maar Esther geeft aan dat ze dit wel probeert, maar dat dit haar zeker niet altijd lukt: *“Nee, ik neem, ik probeer eigenlijk niks mee, ja weet je, natuurlijk als er wel eens heftige dingen op het werk gebeuren, neem je het zeker mee naar huis.”* (P.13-14).

Als er dan toch te grote emoties gevoeld worden, moeten deze snel losgelaten kunnen worden, veelal door er even -met de nadruk op even- over te praten met collega's. Emoties moeten eruit om weer door te kunnen gaan. Esther zegt: *“Nee, dat moet er wel even uit en dan is het weer goed en dan ga ik weer verder.”* (P.13). Ook Laura gebruikt soortgelijke bewoordingen: *“...dan laat ik ook mijn emoties even zien [...] even erover praten [...] en daarna is het ook goed...”* (P.7). Laura ziet het als haar eigen verantwoordelijkheid om deze emoties te reguleren: *“... ik zorg dat ik dat moment pak...”* (P.34) en voelt zich daarnaast ook verantwoordelijk voor anderen: *“...ook als ik zie dat iemand anders iets meemaakt, zal ik altijd zorgen dat diegene zich een momentje kan nemen.”* (P.34-35). Ook Kim heeft in praten een manier gevonden om zich snel van emoties te kunnen ontdoen: *“...dat moet ik dan wel een beetje van me afpraten zodat ik het gevoel ook kwijt kan.”* (P.12), waarbij het voor Kim

niet zo belangrijk is of de luisteraar ook uit de zorg komt, er is enkel een tegenover nodig die luistert: “...dus je hoeft niet per se in de zorg te werken dat ik mij ei kwijt kan, dat ik mijn gevoel kwijt kan bij diegene, dat hoeft niet per se, maar ik merk wel dat ik soms bij degene die in de zorg, ja, die weten waar je over praat, zeg maar.” (P.13). Dat ervaren emoties misschien toch niet zo gemakkelijk losgelaten kunnen worden, blijkt uit het gegeven dat twee respondenten tijdens het interview overvallen werden door emoties, toen ze herinneringen ophaalden aan impactvolle casussen. Kim kon zelf niet verklaren waarom dat gebeurde en was er ook wat verbaasd over, omdat ze dacht dat ze deze casus wel van zich af had gezet: “...ik weet het niet. Ja het is toch weer een gevoel, of zo. Ik weet niet, ja, wat het toch weer losmaakt, zeg maar.” (P.20).

Rationaliteit als coping (GET 14).

De worsteling die respondenten ervaren wanneer ze emotioneel geraakt worden in hun werk wordt op een rationele wijze benaderd. Praktisch alle respondenten omschrijven gedachteprocessen die helpen als tegenwicht aan gevoelens van verdriet en onmacht. Door middel van denken wordt controle gezocht in situaties waarin de respondenten ervaren dat er geen controle is. Debbie vertelt dat ze zichzelf moet overtuigen, als ze op grenzen stuit van haar verantwoordelijkheid: “Ja, ik denk voor jezelf gewoon bewust nagaan, dit is wat ik kan doen en als ik dat gedaan heb, dan heb ik mijn werk zo goed als mogelijk gedaan. Ik kan geen wonderen verrichten, dus op een gegeven moment houdt het ook voor ons op, en moet een cliënt of arts zelf iets doen...” (P.18-19). Laura gebruikt deze rationele zelfwaardering ook, als de bevestiging van de bewoner op haar interventie niet haalbaar is: “...[cliënten met dementie] weten niet eens dat ik een half uur ernaast gezeten heb [dus] ik moet voor mezelf kunnen denken je hebt je best gedaan...” (P.24). Als het gevoel van onmacht te groot is, wordt ook de hulp ingeroepen van collega’s, die een rationele bevestiging kunnen geven als tegenwicht van de onmacht, zoals bij Kim: “Ik vond toen ook fijn dat zij bevestigde dat ik het gewoon goed gedaan had, dat gaf mij ook gewoon een gevoel dat ik dacht, oké, ik heb het goed gedaan en ik heb alles gedaan wat ik kon op dat moment.” (P.17).

Ook Erik probeert rationeel tegenwicht te bieden aan gevoelens van onmacht: “Dat is gewoon dat we soms ook moeten accepteren dat in de zorg, je kunt niet alles oplossen” (P.34) “...in de zorg in het algemeen, daar is machteloosheid best wel een stukje van...” (P.34). Hij doet dit door de situatie waar hij mee geconfronteerd wordt breder te trekken naar de algemene menselijke ervaring: “Dit is niet alleen werk gerelateerd.” (P.20). Onmacht is niet alleen een vast onderdeel van de zorg, maar van het menselijk leven in het algemeen, ook dat

van hemzelf: “...ik zou thuis ook graag heel veel dingen willen [...] soms komt dat wel en soms komt het niet.” (P.34).

Petra ziet het als haar eigen verantwoordelijkheid haar gevoelens rationeel te pareren: “...dat je je er dan niet schuldig over voelt, maar dat je denkt, het kon even niet anders en mijn collega neemt het zo over.” (P.7). Ze moet haar eigen gevoel relativeren om goede zorg te kunnen blijven bieden en ook zelf niet ontmoedigd te worden in haar werk: “Nu ga je in een negatieve cirkel, kan je de mensen ook niet meer helpen.” (P.14) “...die knop gaat weer om en dan heb je het er later over en dan zakt het weer en dan is het goed en kun je er weer tegenaan.” (P.12). Het helpt haar om in zulke situaties bewust op zoek te gaan naar positieve kanten van haar werk: “Daar haal je soms echt wel positiviteit uit voor als er weer een trieste situatie is om daar weer met volle moed in te gaan.” (P.11). Ook Laura onderstreept het belang van een positieve houding in haar werk: “Probeer gewoon positief te blijven, want daar los je de meeste problemen wel mee op.” (P.27).

Saskia probeert haar onmacht rationeel te benaderen, door de positieve kanten van dementie te benadrukken. Niet meer bewust zijn, betekent voor haar ook niet meer lijden: “Dat stukje kun je niet wegnemen totdat het door de dementie wegvalt.” (P.8) en “Het klinkt misschien heel cru, maar ik zeg altijd, je kan beter hartstikke dement zijn, hè, het niet meer weten.” (P.10) omdat haar bewoners dan ook weer vrolijk kunnen zijn: “...ik heb al meerdere bewoners gezien die eigenlijk compleet de weg kwijt waren, maar die wel hartstikke vrolijk zijn.” (P.10).

In het omgaan met onmacht door middel van rationaliteit, staan emoties in eerste instantie in de weg. Zoals hierboven reeds werd vermeld, moeten deze snel worden losgelaten om ruimte te bieden voor rationalisering. Praten is zo gezien een manier om lastige emoties even te parkeren om ze vervolgens rationeel te lijf te gaan. Petra beschrijft haar eigen houding in deze: “Ik ben best hard voor mezelf. Dus dan denk ik, kom volgende keer beter. Dus ja en het erover praten en dan loslaten”. (P.15). Dit praten heeft voor haar een duidelijke functie: “...[als ik denk] dit is in-en-in triest en ik wil dit niet meer aan, er loopt een traan, dan kan ik er wel over praten [...] dan heb je gelucht en dan ben je het even kwijt en dan je er weer tegenaan, en dan kun je het ook gaan relativeren, plaatsens...” (P.16). Voor Erik daarentegen is praten een puur rationele bezigheid. Het is het cognitief evalueren van handelingsopties en deze eventueel bijstellen door tips van collega’s: “Ik denk toch, zou je dat anders moeten doen, of hier zou je denken, jammer dat we dat, dat had anders kunnen gaan.” (P.30) “...dan ga ik bij mijn andere collega, ga ik dan vragen hoe pak jij het aan?” (P.18) “...kan ik iets anders doen? Wat zou je adviseren, toen gaven ze een paar tips...” (P.17).

Volgens Debbie komt het rationeel omgaan met onmacht uiteindelijk neer op: *“Ervaring, ervaring, ervaring, ervaring, ja. Of verhalen van anderen.”* (P.21). Waar ze vroeger gemakkelijk emotioneel geraakt werd als ze niet kon helpen: *“...tegenwoordig probeer ik te denken, ja, ik heb het aangeboden, ik heb mijn ding gedaan of proberen te doen. Als hij dat niet wil, dan houdt het ergens op.”* (P.8).

Zorgen kan diepe impact hebben op jezelf (GET 11).

Alle respondenten delen de ervaring dat er in de opleidingen geen aandacht is voor het omgaan met onmacht en tragiek. Allemaal hebben ze daar zelf in de praktijk wegen voor moeten vinden. Zoals hierboven beschreven komen die wegen neer op rationalisering en het proberen af te schermen van emoties. Deze manieren van coping blijken echter niet altijd afdoende. De helft van de respondenten beschrijft ervaringen die een diepe impact hebben gehad op hen persoonlijk.

Sandra herinnert zich de onmacht die ze voelde bij een bewoner die steeds weer vergat dat zijn vrouw overleden was: *“Dat zal ik nooit vergeten, deze casus. [...] Ja, je kan het niet helpen, het is gewoon een verwerkingsproces waar hij doorheen moet. Hij voelt zich gefrustreerd omdat hij dat vergeet en dat snap ik ook wel, want elke keer opnieuw ga je het proces door dat je partner is overleden.”* (P.9) *“Dat ja, die man, daar moet ik soms nog wel eens aan denken. Hij is dan wel overleden. Maar dat ik soms denk, ja, weet je, die frustratie wat hij dan elke keer weer opnieuw voelde en dat hij vergat dat zijn vrouw was overleden.”* (P.5). Sandra ziet het als een onontkoombaarheid van de zorg dat ze geconfronteerd wordt met ervaringen die diepe indruk maken: *“Je kan heel veel dingen van je afzetten, maar sommige casussen blijven je gewoon altijd bij. Dat kan je niet van je afzetten. Dat is ja, dat is het ding als je met mensen werkt...”* (P.11).

De ervaring van Bert die hierboven reeds genoemd is, waarin hij geconfronteerd werd met eenzaamheid van een bewoonster die hem aansprak met de naam van haar zoon, maakte op Bert een dusdanig diepe indruk dat op haar sterfbed de grenzen van zijn professionaliteit vervaagden en hij persoonlijk werd aangesproken: *“...en ik vond dat zo triest dat die vrouw ook op het sterfbed gewoon...alleen werd gelaten, en.... Ja daar heb ik echt wel mee gezeten, dat ik ook eerder naar mijn werk ging en bij haar ging zitten...”* (P.8). De professionele kaders werden zelfs een belemmering in het zorg bieden voor de bewoonster: *“Het liefste zou ik gewoon, was ik 24 uur bij haar blijven zitten, maar ja, je hebt ook je werk, en dat gaat ook door, dus je kan niet altijd, je kan niet altijd bij haar zijn, terwijl je dat wel heel graag wilt.”*

(P.10) en hij kon zijn gevoelde verantwoordelijkheid niet meer loslaten: *“Met haar heb ik dat mee naar huis genomen, ja. Heb ik ook iedere dag, ieder uur eigenlijk wel zitten inlezen van hoe gaat het? Is ze al overleden?”* (P.10).

Saskia vertelt over een ervaring waarin ze slachtoffer werd van fysiek geweld en daardoor een bewoonster niet kon beschermen. Dit ging voor haar gepaard ging met gevoelens van onmacht en angst: *“Ik kon niks doen. Ik kon geen stap zetten want ik had een flinke stomp in mijn maag gehad. Ik kon niet roepen, ik kon helemaal niks, stond helemaal verstijfd. En dat was wel heel heftig.”* (P.12) *“Ja, die angst voor wat met dat vrouwtje ging gebeuren.”* (P.13). Deze ervaring is in haar geheugen gegrift *“...dat, die paar seconden. Dat is wat nog in mijn hoofd zit.”* (P.15) *“Dat is me altijd bijgebleven. Dat kan ik, weet ik precies. Ik zie dat hele beeld nog precies voor me.”* (P.12).

Het overlijden van bewoners kan ook een diepe indruk maken. Esther kan er na al die jaren niet aan wennen en probeert de confrontatie uit de weg te gaan omdat ze weken last heeft van flashbacks: *“Nee, dat went echt niet. Ik kan er niet aan wennen.”* (P.15) *“...voordat ik dat beeld uit mijn hoofd heb...”* (P.14-15). Kim wordt nog altijd emotioneel als ze vertelt over het eerste overlijden waar ze bij aanwezig was: *“Ja, dat was ook de eerste waar ik echt bij ben geweest [...] dus dat is wel een grote impact voor mij (veegt tranen weg).”* (P.14-15). Deze ervaring bracht voor haar ook aan het licht dat steun van collega's niet altijd gegarandeerd is omdat veel van dit soort ervaringen als normaal worden gezien en collega's geen oog hebben ervoor hebben als het door iemand niet zo normaal wordt gevonden: *“...je merkt dat collega's daar ook gemakkelijk over praten toen het gebeurd was, toen dacht ik wel van jullie zijn er niet bij geweest, dus jullie weten niet wat voor een impact het heeft gemaakt.”* (P.20).

Zorgen maakt kwetsbaar (GET 5).

De ervaring van het missen van steun van collega's, zoals aangehaald door Kim, wordt onderschreven door Sandra. Zij merkt ook op dat na een impactvolle gebeurtenis collega's vaak geen oog hebben voor de persoonlijke ervaring, een reactie die ze ook bij zichzelf herkent: *“Maar ja, sommige dingen kan je niet van je afzetten. En, ik denk dat we dat gewoon heel normaal vinden dat we denken van ja, weet je, het is gebeurd en we gaan verder.”* (P.15). Toen ze zelf een ervaring had die veel indruk maakte, was ook haar eerste neiging er niet te veel gewicht aan te geven: *“Op dat, ja toen niet, toen vonden we dat eigenlijk allemaal normaal, wat gebeurde. Terwijl, ja, achteraf denk je dan wel van eigenlijk is het niet normaal wat gebeurt.”* (P.16). Dit heeft voor haar wel een reflectie op gang gebracht: *“Maar er werd*

eigenlijk nooit gevraagd van hoe voel jij je hierbij? En dan denk ik dat is wel iets wat verbeterd kan worden. Ja, dat we bewuster met elkaar omgaan. Want dat zijn dingen die we heel normaal zijn gaan vinden in ons vak, terwijl het eigenlijk niet zo normaal is.” (P.15). Maar alleen reflectie is niet voldoende om een cultuur op de afdeling te doorbreken, zo ervaart ze zelf: *“Ik ben er soms wel bewuster van, maar ik moet ook wel zeggen dat ik niet altijd vraag van, ja, hoe ga je daarmee om? Zou ik wel moeten doen...” (P.16).* Uiteindelijk komt het werkelijke omgaan met onmacht en tragiek op haarzelf neer in haar privésfeer: *“Op het moment op het werk weet ik dat, ja, gewoon heel goed een knop mee om te zetten en dan, ja, je kan het ook bewust van je afzetten op dat moment. [...] Je moet het [thuis] gewoon even van je aflopen of sporten.” (P.10).*

Zorgen is waarden gedreven (GET 13).

De vraag naar wat normaal is en niet normaal, is sterk verbonden met de eigen waarden en normen van de respondenten. Het vergt moed om voor je eigen moraal te blijven opkomen in een omgeving die neigt naar automatisme en gemakkelijkerheid. Sandra koos radicaal voor de wil van de bewoner, maar werd daardoor zelf kwetsbaar: *“Dat heeft nog bij de directie gelegen. Ik werd daar wel heel zenuwachtig van, want ik was gewoon heel bang van, ja, wat nou als ik niet goed gehandeld had? Ik had niet gereanimeerd, terwijl dat in het protocol stond, maar die man wilde absoluut niet gereanimeerd worden, dat wist ik ook van die man...” (P.27).* Frank ervaart eigen morele kwetsbaarheid in de zorg, als hij niet integer kan zijn: *“Ik ervaarde dat als niet prettig, want je houdt iets achter voor iemand...” (P.13)* of als hij getuige is van zaken die tegen zijn eigen moraal ingaan: *“Ze worden al uit elkaar gehaald en dat ze dan nog niet eens op het laatst een waardig afscheid mogen nemen. Dat vind ik moeilijk.” (P.14)* Voor Saskia is het lastig dat collega’s lagere standaarden hanteren dan zijzelf: *“...denk daar eens over na of ik ga er eens wat dieper op in, of...Ja, kom op, pak dat even op en niet zo... het allemaal zo gewoontjes, dus normaal gewoon de standaarddingen die ze moeten doen en klaar...” (P.22).* Voor Saskia is goede zorg bewuste zorg, een voortdurende reflectie op de eigen zorgpraktijk: *“Ja dat, dat bewustzijn, wat doe je? En waarom doe je dat en waarom is dat zo belangrijk dat je dat dan ook doet en niet vergeet.” (P.25).* Toch is dat in de praktijk lastiger dan gedacht, want in het interview geeft Saskia zelf aan dat reflectie niet zo vanzelfsprekend is: *“Natuurlijk ook gek om daarover na te denken, want het gaat allemaal zo vanzelf.” (P.6).* Met name ervaringen van onmacht en tragiek lijken buiten haar reflectie te vallen, aangezien ze er aanvankelijk moeilijk voorbeelden bij kon benoemen, totdat ze bewust erover ging nadenken: *“En als je er dan dieper over nadent, ja, dan kun je zo natuurlijk*

100.000 dingen opnoemen in die jaren... ” (P.16). Een reden zou kunnen zijn dat langere ervaring in de ouderenzorg ook minder moreel gevoelig maakt: “Ik denk toen ik echt net aan de opleiding begon, dat ik daar wel veel mee kon zitten. Maar nu, nee, nu houdt me dat niet meer bezig.” (P.8).

Esther spreekt hier ook over: “...als je me dit 10 jaar geleden zou zeggen, dan zou ik denk ik heel anders praten. Maar nu weet je, ik heb die ervaring wel. Dus het wordt steeds makkelijker.” (P.10). Met ‘gemakkelijker worden’ doelt Esther op een stuk morele afstand nemen, op ‘harder worden’. Dat die afstand indruist tegen haar eerdergenoemde waarden van persoonsgerichte zorg, lijkt Esther niet op te merken in deze situatie die ze omschrijft, het is voor haar normaal: “... ik vind dat best wel zielig, dat je iemand onder dwang moet helpen, maar het moet want anders wordt ze niet verzorgd.” (P.7). Het succes van deze manier van zorgen wordt niet afgemeten aan de dankbaarheid van de bewoner (wat Esther eerder in het interview als een belangrijke drijfveer ziet) maar aan het breken van het verzet van de bewoner: “Maar het gaat steeds beter en zij, je merkt het ook aan haar. In het begin was ze erg tegen aan het stribbelen en sterk aan het houden, maar nu wordt het ook steeds minder.” (P.9). Het niet zo snel moreel geraakt worden helpt Esther toch voldoening uit haar werk te kunnen halen waar ze eigenlijk geen uitdaging meer in ziet: “[Harder worden helpt] wel op een positieve manier, want ik haal toch wel heel veel voldoening eruit om, beetje, om hier te werken en mensen te helpen. Als je naar huis gaat het je toch wel een voldoende gevoel van, nou, ik heb wat goeds gedaan vandaag.” (P.10), “Dat houdt me nog hier.” (P.11).

Werk vs het persoonlijke leven (GET 15).

Na de bovenstaande beschrijvingen van de respondenten over hun omgang met de ervaringen van tragiek en onmacht in de levens van de mensen waar ze voor zorgen, is het te verwachten dat dit effect heeft op hun persoonlijke levens.

Door de confrontatie met eindigheid en achteruitgang is Sandra bewuster geworden van de waarden in haar eigen leven en dat van haar naasten: “Ik denk dat ik meer bewuster bezig ben met het ouder worden van mijn ouders en schoonouders...” (P.12). “Dat ik denk van ja, weet je, er zijn wel meer dingen belangrijk dan allen keihard werken, mooie spullen en dat soort dingen allemaal. [...] maar de tijd die je met elkaar kan doorbrengen, die kan je maar een keer doen...” (P.11).

Vier respondenten gaven echter antwoorden die een duidelijke scheiding laten zien tussen de door hun ervaren professionele wereld en hun eigen privéwereld. Ze spreken allemaal hun zorg uit dat deze werelden ooit vermengd zullen worden, wat een doembeeld

voor ze is. Saskia ervaart weerstand in zichzelf als ze met haar professionele ervaring en kennis over haar eigen situatie nadenkt: *“Ja, dat is als je daar, daar wil je eigenlijk niet over nadenken natuurlijk, nee, nee, nee.”* (P.9) *“Ja, je weet gewoon hoe het gaat en hoe het kan gaan...”* (P.10). Debbie beschrijft haar professionele wereld aldus: *“Het zijn natuurlijk allemaal zieke mensen die in de samenleving niet meer hun ding kunnen doen. Die zijn gewoon heel beperkt. [...] Je kunt niet meer gaan en staan waar je wilt. Er wordt ook heel veel afgenomen als je wordt opgenomen hier.”* (P.23). De gedachte dat zij of haar naasten ooit zorg nodig zouden hebben is voor haar beangstigend: *“...hier wil ik echt niet terecht komen. Ik denk eerder aan mijn moeder als die over zoveel jaar... daar moet ik ook niet aan denken, dan kan ik zo huilen.”* (P.27). Ook Esther wil zelf nooit in de positie komen van de mensen waar ze voor zorgt: *“... ik hoop in ieder geval niet dat ik in zo’n setting kom dat mensen mij moeten verzorgen. Het lijkt me zo erg. [...] dat schaamtegevoel, dat alleen al [...].”* (P.18). Voor Erik is het ouder worden zelf een grote angst waarmee hij de confrontatie zo veel mogelijk wil vermijden: *“...ik vind ouder worden heel beangstigend [...] dat is voor mij altijd ouder worden, niet per se het stukje doodgaan, maar het ouder wordt proces.”* (P.38). Op zijn werk kan hij er vanzelfsprekend niet aan ontkomen: *“Ja, is gewoon heel confronterend als je in de zorg werkt”* (P.38) maar in zijn privésituatie gaat hij de confrontatie met ouderdom zoveel mogelijk uit de weg: *“Ja, ik doe dan misschien een beetje ontwijkend gedrag daarin vertonen, vluchtgedrag, want als die dingen besproken worden tijdens televisieprogramma’s of op het nieuws en zo, dan doe ik er liever niet naar luisteren.”* (P.38).

Tot zover de bevindingen uit de interviews met de tien respondenten met het oog op hun ervaringen van en omgang met onmacht, tragiek en lijden in de intramurale ouderenzorg.

Bevindingen: Ervaringen met het evocatief narratief Zie Mij.

Vijf respondenten werden in de interviews ook gevraagd naar hun ervaringen met Zie Mij. In grote lijn zien de respondenten Zie Mij als een verbindende gezamenlijke ervaring waarin iedere deelnemer op zijn eigen wijze uitgenodigd wordt te reflecteren op het verhaal in relatie tot zijn of haar eigen zorgpraktijk. Deze reflectie maakt de respondenten bewust van hun eigen handelen en van het perspectief van de bewoner die aan hun zorg is toevertrouwd. Deze combinatie maakt dat de respondenten zelf opmerken waar de zorg kan verbeteren en ze worden door het ‘belevingskarakter’ van Zie Mij persoonlijk aangesproken dit in hun eigen werksituatie in praktijk te brengen. Voor enkele respondenten bracht Zie Mij een sterke emotionele reactie teweeg.

Aan de hand van zeven Group Experiential Themes (GET's) worden nu de verschillende thema's die uit de interviews naar voren kwamen, beschreven.

De ervaring Zie Mij (GET 16).

Respondenten beschrijven Zie Mij als een ervaring die niet primair cognitief gericht is, maar meerdere dimensies omvat als lichamelijke, verbeelding en emotie. Aanvankelijk was er enige verwarring vanwege het onconventionele karakter van de manier waarop Zie Mij aangeboden wordt. Voor Bert maakte dit dat hij het aanvankelijk verstandelijk probeerde te vatten, wat niet lukte: *"...in eerste instantie dacht ik huh, ik begrijp het even allemaal niet, hoe moet ik dit gaan zien?"* (P.14) en voor Petra en haar collega's zorgde het voor ongemakkelijke reacties: *"Wij kwamen echt in de giechelfase, dat je dacht wat gaat nu gebeuren?"* (P.16). Voor Frank daarentegen was het wel meteen duidelijk wat de bedoeling was: *"Dus het was wel een duidelijk beeld van wat er van ons werd verwacht, dat we met de ogen dicht moesten zitten en vooral moesten luisteren naar het verhaal."* (P.19).

Voor Frank droeg de sfeer van de locatie (in dit geval een grote ruimte die ingericht is als kapel van het verpleeghuis) bij aan zijn beleving: *"Dus je komt, ja, als je, ik vind het altijd een bepaalde sfeer creëren gelijk."* (P.18-19).

Dat de respondenten de ogen gesloten moesten houden ervoeren ze eerst als ongemakkelijk. Bert had er moeite mee deze ongemakkelijkheid uit te houden: *"...ja ik vind dat nogal wat he, de hele tijd met je ogen dicht zitten, dus vaker gingen mijn ogen dan wel weer open, maar dan beleef je het toch anders dan dat je je ogen dicht hebt."* (P.16) en ook voor Frank voelde het wat onwennig: *"Een beetje rare, ongemakkelijke sfeer is dat."* (P.21) *"Normaal zit je tussen alle vrouwen wat de hele dag door zitten praten en nu zit opeens iedereen met de ogen gesloten, stil..."* (P.22). Toch merkten ze na de eerste gevoelens van ongemak, dat het sluiten van de ogen ervoor zorgde dat ze het verhaal op een andere manier konden beleven. Frank zegt: *"Omdat ik de ogen gesloten had, leek het ook net alsof ik even diegene was."* (P.19-20) en ook Bert kon zich daardoor mee laten voeren: *"...tussendoor deed ik wel eens mijn ogen open en keek ik zo eens om me heen, maar op het moment dat ik mijn ogen dicht had en echt in het verhaal meeding, had ik echt geen probleem dat er twintig man om me heen zaten..."* (P.23) en: *"...je wordt er wel in meegezogen op het moment dat je je ogen dicht hebt, dan ga je echt in het verhaal mee."* (P.23).

Frank geeft aan dat het fictieve verhaal voor hem meer ging leven, omdat hij de geschetste beelden in zijn verbeelding kon inkleuren met eigen ervaringen: *"Tegelijkertijd, omdat ik zorgverlener ben, weet je wel, kan je een beetje inbeelden hoe het is om in een kamer*

te zitten.” (P.20) en ook Petra kon in haar beleving voorbijgaan aan het fictieve karakter van het verhaal waar ze naar luisterde: “...dat je veel meer gerealiseerd wordt van ja, dit is het echt.” (P.17). Deze beleving maakte voor Frank dat er een sterke bewustwording optrad: “Dat je ervan bewust wordt. Want je kan het wel 100 keer tegen iemand vertellen [...] maar Zie Mij laat het je echt beleven.” (P.22-23).

Raakvlakken (GET 22).

De raakvlakken van het fictieve verhaal van Zie Mij met de eigen geleefde praktijk werd door meerdere respondenten benoemd. Voor Sandra raakte het aan een casus waar ze op dat moment bij betrokken was en die veel indruk op haar maakte: “Ja, dat was toevallig in die tijd van die cliënt. Ja, dus ik vond het toen wel heel heftig.” (P.17) en: “Het was niet zijn verhaal, nee, maar het kwam zo helemaal overeen dat het echt, dat vond ik echt bizar.” (P.19). Petra werd vooral bevestigd in haar eigen handelen: “...dan krijg je wel bevestiging van dit doe je ook, en ja, zo moet het ook.” (P.18) “...denken dat is een hele nare man of vrouw, ik heb hier niet zoveel mee en dan toch de energie erin steken en dan een hele andere persoon leren kennen...” (P.19).

Bert daarentegen beschrijft in het interview niet het verhaal van Zie Mij wat hij destijds heeft gehoord (Zie Mij gaat niet over een bewoner met dementie), maar in zijn herinnering is het verhaal mogelijk vermengd geraakt met eigen moeilijke casuïstiek waar hij mee worstelde: “...hoe het gaandeweg erin sluipt en de realiteit is dat je, ja, het dementiebeeld. En dat wij als mens al gauw denken van ach, hou eens op, of stop daarmee...” (P.16)

Bewustwording door reflectie (GET 17).

Bewustwording als een effect van het beleven van Zie Mij wordt door alle respondenten genoemd. Deze bewustwording komt voort uit een reflectie op het eigen handelen in relatie tot het verhaal dat zich in Zie Mij ontspint. Petra werd zich er sterker van bewust dat ze te vaak in beslag wordt genomen door allerlei zaken, waardoor de aandacht voor de bewoner moet wijken: “... het in je hoofd bezig zijn met alle taken die je nog moet doen in plaats van denken, oh, zal ik eens bij die persoon gaan zitten?[...] Je doet dat toch onbewust meer dan je denkt...” (P.20). Voor Sandra was de bewustwording die ze in Zie Mij ervaarde effectiever dan de protocollen die automatisme in de zorg moeten tegengaan: “En dat is ook die bewustwording waar je soms, wat je soms nodig hebt. Heel veel dingen doe je automatisch. [...] Nou hebben we de verzorgingsplannen, protocol is dat iedereen voor de zorg de

verzorgingsplannen moet openen, maar daadwerkelijk, hoeveel mensen doen dat?” (P.20).

Esther refereert ook aan de bewustwording van eigen automatismen: *“Ja, ik kan me daar zeker wel aan spiegelen, zeker wel, want zo werken we bijna allemaal. En daarom zeg ik, weet je, het is automatisme dus vond ik het goed dat we dit even zagen...” (P.23).* Frank merkt op dat er ook bepaalde vooringenomenheden zijn, die door Zie Mij bewust worden gemaakt: *“...want daar wordt vaak vergeten om naar te kijken wat achter iemand speelt. Er wordt wel heel vaak gekeken van, oh, dat is een vervelende meneer, maar wat die meneer allemaal heeft meegemaakt, daar wordt vaak niet aan gedacht.” (P.20).*

Voor Bert was de bewustwording van eigen handelen pijnlijk confronterend: *“...dat een cliënt echt dat dwangmatige van dat hoe laat gaan we eten? Hoe laat gaan we eten? Hoe laat gaan we eten? Dat ik dacht van alsjeblieft, vijf minuten, hou eens even die mond dicht. En dat heb ik dan ook uitgesproken en toen kwam dus dat Zie Mij en toen dacht ik...” (P.15)* *“...en toen voelde ik me zo schuldig dat ik dacht van oh, hoe heb ik zo kunnen reageren?” (P.15)* *“...terwijl hun kunnen daar helemaal niks aan doen en dat heeft me wel een beetje de ogen geopend van ja, zie mij inderdaad, zie mij dat ik er niks aan kan doen.” (P.17).*

De reflectie op eigen handelen, maakte de respondenten bewust dat er ook een perspectief van de bewoner is, waar ze te vaak aan voorbij gaan. Esther ervaarde Zie Mij als een nodige wake-up call: *“Kijk, je kijkt meestal naar je eigen en dat vond ik best wel een dingetje, dacht ik van boh ja, maar dat is, weet je, je gaat die kamer op, je doet je ding, terwijl je kijkt helemaal niet naar die persoon, naar wat hij nodig heeft [...] dit is echt wel een goede wake-up call. (P.19)* en: *“...dan word je er weer even bewust van, bewust van hoe gaat iemand daar, hoe ziet die persoon ons?” (P.20).* Een wake-up call is ook wat Petra ervaarde, want in de dagelijkse praktijk staat ze daar niet meer zo bij stil: *“Je weet het wel maar... op de vloer is het ook anders...” (P.17).*

De bewustwording draagt volgens de respondenten bij aan betere zorg. Petra denkt dat het een eigen reflectie in de praktijk op gang brengt: *“...je neemt er punten uit mee, waar je iets mee kan. Een ervaring van doe ik het zo, of doe ik het zo? (P.20),* een gedachte die ook Sandra onderschrijft: *“...en dat zijn gewoon bewustwordingen waar we zelf allemaal in kunnen verbeteren.” (P.20).*

Verschuiving van perspectief (GET 21).

De respondenten gaven hierboven al aan dat het sluiten van de ogen zorgde voor een perspectiefverschuiving, waardoor ze zich als het ware konden inleven in de ervaringswereld van de bewoner in het verhaal. Deze perspectiefverschuiving blijkt een belangrijk element van

de bewustwording die de respondenten ervaarden. Esther geeft aan dat het perspectief van de bewoner normaal gesproken niet toegankelijk is voor de zorgverleners: *“Gewoon om te zien hoe iemand dat ervaart, iemand ouder is en hoe die persoon dat ervaart, weet je, we zien dat niet vanuit hun perspectief.”* (P.19). Dit perspectief wel kunnen innemen, ervaarde Esther als heftig: *“We kijken bijna nooit vanuit de kant van de cliënt. Hoe voelt hij zich daarbij? Het is alleen maar zorgplan. Hoe wordt hij verzorgd? En that's it. Maar ja, de gevoelens van iemand zijn ook wel heel belangrijk. En toen ik dat zag, kwam die echt wel bij me binnen.”* (P.21).

Ook Petra beschrijft de perspectiefverschuiving als een bewustwording: *“Maar als je dan het verhaal hoort, dan ga je echt wel nadenken [...] dat je ook weer bewust wordt gemaakt van hoe jezelf erin handelt. Hoe cliënten kunnen denken, kunnen zijn...”* (P.16) en: *“Hoe zie jij dat zelf als persoon, als je oud bent en iets hebt en opgenomen wordt?”* (P.23). Bert omschrijft de ervaring van perspectiefverschuiving als een ondersteuning in zijn zorgpraktijk: *“...ik ben mij veel meer bewust geworden van de cliënt, maar ook wat het voor de buitenstaander is, en hoe je daarop reageert. Ik denk wel dat dit een ondersteunende presentatie gaat zijn voor het te kunnen toepassen op je werkveld, voor de machteloosheid, ja die reacties, wat het met een mens doet.”* (P.21-22). Zijn eigen ervaring maakt dat Bert er een voorstander is dat Zie Mij voor meer zorgverleners beschikbaar komt omdat het perspectief van de bewoner in opleidingen in zijn beleving niet wordt meegenomen: *“Ja! Ik denk dat je hier meer uithaalt dan gewoon een scholing wat alleen maar voorgelezen wordt.”* (P.22) *“Ik zeg ja dit moeten ze echt erin gaan brengen want dit moet je zien. Ik zeg je wordt zo bewust. Zeker, in de studie, je leert dingen, ziektebeelden en benaderingswijzen et cetera. Maar er is zoveel meer dan dat.”* (P. 24-25).

Een emotionele ervaring. (GET 18).

Voor Bert en Sandra was Zie Mij een ervaring die sterke emoties oproep. Voor Sandra was dit omdat het verhaal voor haar gevoel raakte aan een casus die in de praktijk veel indruk op haar maakte: *Nou, ik voelde gewoon die frustratie van die cliënt. Ik ben toen ook echt even naar buiten moeten gaan...”* (P.18). Bert werd door het verhaal geconfronteerd met eigen existentiële vragen die emoties teweegbrachten: *“...dat ik sommige cliënten dan inderdaad een lijdensweg zie gaan en dat ze ook echt dood willen en sommige cliënten zijn nog best bewust en dan vaker zeggen, ik wil niet meer, ik wil dood, terwijl het leven gaat door en dan betrek ik het weer op mijn partner, die wilde nog heel graag en die was nog heel jong en die moest dood...”* (P.15-16), maar ook het schuldgevoel dat door de reflectie op zijn eigen handelen werd opgeroepen, zorgde voor tranen: *“...en ik zei nu moet ik alweer huilen [...] nu*

zie ik haar zitten en denk ik hoe heb ik tegen jou kunnen zeggen hou eens vijf minuten je mond?” (P18).

Beide respondenten geven aan dat het ervaren van de emoties hen goed hebben gedaan. Voor Petra voelde het als een opluchting: *“Ik vind het opluchtend, want je hoeft ze niet... sommige dingen kunnen je gewoon hoog zitten. Die hoeft je niet altijd op te kroppen.” (P.21).* Bert vond het vooral goed dat hij aan de emoties werd blootgesteld: *“...ik kan niet zeggen een opluchting, was dat het ook weer niet, maar het was wel dat het goed is dat ik dit heb gezien en dat dit nu is gebeurd en dat het toch wel zoveel impact op me heeft gehad.” (P.20).*

Empathische gevoelens (GET 19).

Naast emoties wekte het ervaren van Zie Mij bij twee respondenten gevoelens van empathie op die maakten dat ze daarna in het werkveld gevoeliger waren voor de beleving van de bewoner. Esther zegt: *“Ja, zielig, ik vond het zielig. Heftig, hoe iemand zich zo op die manier kan voelen. En eigenlijk, wij kunnen het voor hen beter maken, positiever maken.” (P.21).* Ze vervolgt: *“En weet je, dat heeft mij echt geholpen, die scholing. Ik ga nu echt, ja echt 's morgens, weet je wel, gaat normaal snel, weet je, snel, snel. Nu ga ik echt 's morgens de kamer op en denk oké, doe chill, relaxed, alle tijd...” (P.20).*

Voor Bert zorgde Zie Mij voor een empathische reflectie op de situatie van de bewoners: *“Ja, en toen voelde ik me zo schuldig en toen ging ik weer terugdenken en dat ik dacht van, oh ja, ik heb dit ook wel eens tegen die cliënt gezegd maar die cliënt kan daar dus helemaal niets aan doen en waarom reageren wij zo vanuit mens?” (P.15)* en *“Dat wij ons niet echt beseffen wat dat met een cliënt doet en dat een cliënt zich daar helemaal niet van bewust is dat hij dit of dat doet, en dat wij daar al gauw een oordeel over hebben...” (P.17).* Deze reflectie zorgde nadien voor een meer empathische blik in de dagelijkse zorgpraktijk: *“...dus toen ik weer terug het werkveld in ging en toen keek ik ook heel anders naar de cliënt en dacht ik, ja, zie mij.” (P.17).*

Een gezamenlijke ervaring (GET 20).

Naast de eigen reflectie en bewustwording en het daaruit voortvloeiende effect op de eigen zorgpraktijk, gaven de respondenten ook aan dat Zie Mij een verbindende ervaring was op teamniveau. Die gedeelde ervaring wordt door Esther als volgt verwoord: *“Ik was daarna toen het was afgelopen, was ik eigenlijk 10 minuten stil. Ik kon geen woord meer uitbrengen, ik vond het echt heftig.” (P19)* *“En ik was niet de enige, we hadden dat allemaal, allemaal stil*

en we zeiden eigenlijk allemaal hetzelfde...” (P.22). Frank was ook onder de indruk van de gedeelde ervaring van stilte: “Het had wel een impact achtergelaten en ondanks dat jullie wegwaren, bleef het stil”. (P.21). Een dergelijke ervaring verbindt volgens hem: Ik denk dat het ook als team sterker maakt.” (P.22).

Sandra ervaarde de gezamenlijkheid van de beleving aanvankelijk ongemakkelijk: *“Het was toen zo vol dat ik echt zoiets had van, ja, ik heb geen zin om met zoveel mensen hier... als ik uit het niks ga huilen, moet ik heel hard snikken, dus ik had echt iets van dat wil ik niet.” (P.18), maar herkenning van haar eigen emoties bij collega’s zorgde ook voor verbinding: “...het kwam toen niet alleen bij mij over die cliënt binnen, maar met nog twee anderen, dat ik zoiets had het is niet dat ik mij alleen zo erbij voelde op dat moment.” (P.17-18). De ervaring van het erkend worden in haar emoties wat voor Sandra niet zo vanzelfsprekend was (zoals uit de bevindingen van onmacht ook naar voren komt) heeft indruk gemaakt: “...die heeft dat wel gezien dat ik daar toen zo mee zat [...] dat kan ik me nog wel heel goed herinneren.” (P.19).*