

22/7/2014



UNIVERSITEIT
VOOR
HUMANISTIEK

MASTERTHESIS: DE ZORGRELATIE ONTRAFELD



Conceptueel onderzoek naar de zorgrelatie tussen jeugdige en professional in de jeugdsector in Nederland vanuit zorgethisch perspectief.

Student : Ina de Bruijn
Studentnummer : 1004735
Eerste lezer : mr. drs. S. van den Hooff
Tweede lezer : prof. dr. F.J.H. Vosman

VOORAF

‘De zorgrelatie ontrafeld’ is de titel van deze masterthesis, die is geschreven als afstudeeronderzoek in het kader van de opleiding Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit van Humanistiek te Utrecht.

De zorgrelatie gaat mij aan het hart vanuit een jarenlange ervaring als psychiatrisch verpleegkundige in de jeugdsector. Dit conceptuele onderzoek is gericht op de persoonlijke zorgrelatie in de jeugdsector vanuit zorgethisch perspectief. Hierin wordt onderzocht wat de betekenis is van de uitwerking van de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’, voor het ontstaan en onderhouden van de persoonlijke zorgrelatie tussen jeugdige en professional. Kennis van de inhoud van deze concepten en het toepassen daarvan in zorgpaktijken kan de kwaliteit van zorgrelaties verhogen. Ik hecht eraan op te merken dat wat aan de orde komt in bepaalde mate ook al praktijk is. Dit onderzoek poogt te expliciteren, aan te vullen en te inspireren. Ik hoop met deze thesis een bijdrage te leveren aan ontwikkelingen in de jeugdzorg. Dit is des te meer van belang nu de financiering van de jeugdzorg wordt overgedragen aan gemeenten. Hierin schuilen kansen en risico’s. Het belang van de zorgrelatie moet mijns inziens specifiek in beeld worden gebracht tegenover een toenemende inzet op efficiëntie en ‘meetbaarheid’ in de jeugdzorg.

Ik bedank mr. drs. Susanne van den Hooff voor haar kritische begeleiding en support tijdens dit afstudeeronderzoek. Door onze gesprekken werd ik gedwongen na te denken over de keuzes in dit onderzoek en vond verdieping plaats. Tevens bedank ik prof. dr. Frans Vosman voor wat hij gedurende de hele masteropleiding heeft betekend als coördinator van de opleiding, als docent en als mens. De wijze waarop hij zijn kennis deelde, stimuleerde om op zoek te gaan naar meer en prikkelde tot nadenken. Brigitte Cleutjens, mijn leidinggevende bij jeugdzorgaanbieder Juvent, heeft het mij mede mogelijk gemaakt deze studie te volgen. Ik hoop de kennis die ik heb opgedaan in te kunnen zetten voor Juvent. Tot slot is een dankwoord voor mijn echtgenoot Rob op zijn plaats die mij tijdens de masteropleiding voortdurend heeft aangemoedigd en het thuisfront draaiende heeft gehouden.

INHOUDSOPGAVE	PAGINA
Samenvatting	1
1. Inleiding	2
1.1 Aanleiding	3
1.2 Probleemstelling, doel- en vraagstelling	4
1.3 Begripsdefiniëring	6
2. Complexiteit van de jeugdzorg in beeld	8
2.1. Kenmerken van jeugdigen; jeugd- en opvoedhulp, LVB, psychiatrie	8
2.2 Context begeleiding en behandeling van jeugdigen	9
2.3 Persoonlijke ontwikkeling van jeugdigen	10
3. Onderzoek naar concepten	12
3.1 Soort onderzoek	12
3.2 Methode en resultaten van literatuuronderzoek in de jeugdsector	12
3.3 Zorgethische concepten en verantwoording literatuur	17
3.4 Beperkingen	20
4. Uitwerking concepten aansluiten, erkenning en vertrouwen	21
4.1 Aansluiten	21
4.1.1 het concept ‘aansluiten’ concretiseren	21
4.1.2 grenzen van ‘aansluiten’	23
4.2 Erkenning	24
4.2.1 drie vormen van erkenning en miskenning	25
4.2.2 respect als erkenningsvorm	26
4.2.3 erkenning van zorgontvanger en hulpverlener	27
4.3 Vertrouwen	30
4.3.1 vertrouwen als praktijk	30
4.3.2 vertrouwen in ketens van relaties	33
4.4 Samenhang en betekenis concepten	35

5.	Discussie	39
5.1	Concepten verschillend ingevuld	39
5.2	De rol van de jeugdige	40
5.3	Complicerende factoren in de jeugdsector	42
5.4	Vertrouwen en erkenning in ketens van relaties	43
6.	Conclusie en aanbevelingen	45
6.1	Conclusie	45
6.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	46
	Bronnen	47

SAMENVATTING

Deze thesis is een literatuuronderzoek, gericht op de persoonlijke zorgrelatie in de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief. Het doel van dit onderzoek is de uitwerking van concepten beschrijven, die het begrip zorgrelatie en hoe deze tot stand kan komen, kunnen verhelderen. Deze uitwerking vindt plaats aan de hand van zorgethische literatuur en empirisch kwalitatief onderzoek. Kennis van deze concepten en verkregen inzichten kunnen in de toekomst mogelijk een bijdrage leveren aan ontwikkelingen in de jeugdzorgsector en daarmee indirect aan goede zorg. De concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ blijken essentieel te zijn in het aangaan van een goede zorgrelatie met jeugdigen. De uitwerking van de concepten op basis van zorgethische literatuur laat een verdieping, explicitering en onderlinge verwevenheid van deze processen zien. De concepten krijgen hun betekenis in een juist begrip en toepassing ervan in de praktijk. Concepten worden op diverse manieren ingevuld met als risico vervlakking, ongewenste reductie en communicatiestoornissen in de zorgrelatie.

Hoewel wederkerigheid als centraal begrip door alle concepten heen zichtbaar wordt, is de actieve rol van de jeugdige niet nadrukkelijk uitgewerkt in de bestudeerde literatuur. De zorgrelatie vindt bovendien plaats in parallelle processen en ketens van relaties. Zowel individuele kenmerken, interactie tussen alle betrokkenen als de bredere context, zijn van invloed op de zorgrelatie. Specifieke kenmerken van jeugdigen in de jeugdsector compliceren de zorgrelatie nog verder. De beschrijving van de concepten in hoofdstuk drie geeft echter inspiratie en handvatten om die uitdaging aan te gaan en invloed te kunnen hebben op de situatie. Dit onderzoek maakt duidelijk dat naast vaktechnische competenties ook kennis en toepassing van de uitwerking van deze concepten, ethisch bewustzijn en reflectie kunnen helpen een goede zorgrelatie tot stand te brengen.

1. INLEIDING

Deze thesis vormt de eindopdracht van de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. Het onderzoek is gericht op de persoonlijke zorgrelatie in de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief. Dit onderwerp is mij uit het hart gegrepen. Vijfentwintig jaar ervaring als psychiatrisch verpleegkundige en beleidsmedewerker in de jeugdsector¹, hebben voor mij het belang van een goede zorgrelatie duidelijk gemaakt. Jeugdigen² doen met regelmaat uitspraken naar professionals als: “Bij jou voel ik me op mijn gemak.”, “Jou vertrouw ik nu eenmaal.”, “Tussen ons loopt het gewoon lekker.”, of juist het tegenovergestelde. Bij navraag aan jeugdigen blijkt ook dat de persoonlijke informele momenten vaak als het meest waardevol worden ervaren. Een positieve relatie kan tevens een hefboom zijn voor effectieve formele therapeutische contacten of interventies. Wat maakt nu dat niet elke zorgrelatie zich positief ontwikkelt? Dit is niet alleen te verklaren vanuit specifieke (vaktechnische) kennis of vaardigheden, of uit de specifieke situatie van de jeugdige. Iedereen zal herkennen dat sommige personen elkaar nu eenmaal beter liggen dan anderen. Toch is ook dit geen sluitende verklaring. Een veel gehoorde uitspraak in de praktijk is dan, dat er soms gewoon ‘een klik’ is. Dit verwijst naar een goed lopende zorgrelatie, maar hulpverleners weten dit vaak niet goed te definiëren. Polanyi benoemt dit als taciete kennis en ziet deze kennis als een voorstadium van logische kennis in die zin dat men vaak meer weet dan men kan vertellen. Deze kennis komt voort uit een persoonlijke motivatie om iets te ontdekken en praktijkervaring (Smith, 2003). De staatssecretaris van het Ministerie van VWS definieert ‘de klik’ als ‘het opbouwen van een zodanige relatie dat het kind zich in veilige handen voelt’. Zij benoemt dit als voorwaardelijk om vanuit die relatie tot doelen te kunnen komen, waar de jeugdige naar toe wil werken (Veldhuizen-van Zanten, 2012). Maar waar gaat het eigenlijk over? Wat betekent ‘een zodanige relatie’, hoe komt die tot stand en (hoe) kunnen we daar dan invloed op hebben?

Leeswijzer

In deze thesis is de basisvraag wat de bijdrage van zorgethische concepten kan zijn, in het verhelderen van het begrip zorgrelatie binnen de jeugdsector en hoe deze tot stand kan komen.

¹ De jeugdsector omvat geïndiceerde jeugd- en opvoedhulp, zorg voor jeugdigen met een lichtverstandelijke beperking (LVB) en jeugd GGZ.

² De term jeugdigen wordt in de jeugdzorgsector toegepast als verzamelbegrip voor kinderen en jongeren.

In dit eerste hoofdstuk worden de probleem- doel- en vraagstelling beschreven. Tevens worden de kernbegrippen gedefinieerd. In het licht van het onderwerp van deze thesis, wordt in hoofdstuk twee een beeld geschetst van de jeugdsector. In hoofdstuk drie wordt vervolgens een antwoord gezocht op de eerste deelvraag. De concepten die in hoofdstuk drie worden gevonden, worden in hoofdstuk vier vervolgens uitgewerkt. In hoofdstuk vijf wordt kritisch gereflecteerd op de uitwerking van de concepten, zoals die in de literatuur is gevonden. Tevens wordt hierin de verbinding gelegd met de jeugdsector. Tot slot volgt in hoofdstuk zes de conclusie en worden enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

1.1 Aanleiding

Bij ZonMw³ loopt het meerjarige programma ‘Effectief werken in de jeugdsector’. Een eerste uitkomst hiervan is het rapport ‘Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd’. Dit rapport dateert van augustus 2013 (Barnhoorn et al., 2013). In dit rapport worden kennis en kennishiaten geïnventariseerd voor het effectief werken in de jeugdsector. De basis hiervoor is een uitvoerige internationale literatuurstudie. Deze studie richt zich op de cliënt, professional en alliantiefactoren op microniveau. Ten aanzien van de zorgrelatie, in het rapport ‘alliantie⁴’ genoemd, wordt onderscheid gemaakt tussen de taak- en de persoonlijke alliantie. Uit dit rapport blijkt dat de zorgrelatie van groot belang is in relatie tot de effectiviteit van de zorg. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat empirisch onderzoek juist op dit gebied mager is en dat het concept zorgrelatie nog niet eenduidig is beschreven.

Kortom, er is nog veel onduidelijk met betrekking tot dit onderwerp en het is dan ook positief dat men pleit voor vervolgonderzoek (Barnhoorn et al., 2013). Een kritisch punt ten aanzien van het onderzoek van ZonMw is dat er sprake lijkt van een zekere doelgerichtheid. Men is bijvoorbeeld op zoek naar handvatten om te komen tot richtlijnen (Barnhoorn et al., 2013). Dit klinkt alsof het aangaan en onderhouden van een zorgrelatie gereduceerd wordt tot een methode die aangeleerd kan worden in een training, om die vervolgens correct uit te voeren. Dit lijkt een te instrumentele benadering die geen recht doet aan de zorgethische opvatting van een zorgrelatie. De zorgrelatie is zorgethisch gezien gericht op het situationele, het particuliere en altijd institutioneel ingebed (Klaver et al., 2013).

³ ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Ze beheert subsidieprogramma's, onder andere in opdracht van het ministerie van VWS.

⁴ In de zorgethiek wordt niet gesproken van alliantie maar van zorgrelatie. In het vervolg van deze thesis zal het begrip zorgrelatie gebruikt worden.

Vanuit die zorgethische blik en complexiteit zal ik in deze thesis onderzoek doen naar concepten, die van betekenis zijn voor het ontstaan en onderhouden van de persoonlijke zorgrelatie tussen jeugdige en professional.

1.2 Probleemstelling en doelstelling

De probleemstelling in deze thesis wordt gekenmerkt door een aantal spanningen. Er is sprake van een dubbele spanning binnen de maatschappelijke context en een spanning vanuit wetenschappelijk oogpunt.

De eerste spanning is gelegen in de aandacht voor werkzame factoren in de jeugdsector. Enerzijds blijkt uit het rapport van ZonMw dat er de laatste jaren veel aandacht is voor werkzame factoren in de zorg voor jeugd. Werkzame factoren zijn effectieve interventies, maar ook algemeen werkzame factoren als beleid van organisaties en steunfactoren in de leefwereld van de jeugdige, op zowel meso- als macroniveau. Op microniveau gaat het om de concrete communicatie over en weer tussen jeugdige en opvoeder, waarin cliëntfactoren, professionalfactoren en de zorgrelatie een rol spelen (Barnhoorn et al., 2013). Van Yperen stelt dat de toename van de aandacht voor werkzame factoren deels te verklaren is doordat de ontwikkeling van *evidence based* methodes voor behandeling in de jeugdzorg volop in ontwikkeling is. Hiervoor zijn meerdere redenen aan te wijzen. In de huidige tijd is *evidence based practice* de norm en kwaliteitskaders spelen een belangrijke rol. Professionalisering van de jeugdsector en de beperkte financiële ruimte zorgen er bovendien voor dat men gericht is op het verhogen van de effectiviteit van de zorg (Van Yperen, 2010).

Anderzijds stellen Barnhoorn et al. vast dat, ondanks de toename in empirisch onderzoek in de sector, de oogst van kwaliteit en gevonden materiaal beperkt is. Ze constateren dit in het licht van een meerjarige inventarisatie van werkzaam factorenonderzoek in de jeugdsector. Barnhoorn et al. dragen hiervoor twee redenen aan. Ten eerste is het niet gelukt om alle beschikbare literatuur over oorspronkelijk onderzoek te inventariseren en te verwerken. Ten tweede zijn er weinig studies beschikbaar die betrekking hebben op cliënt-, professional- en alliantiefactoren en hun samenhang met het zorgresultaat in de jeugdsector. Bovendien zijn de gevonden studies beperkt, omdat ze vrijwel allemaal gebaseerd zijn op vragenlijstonderzoek (Barnhoorn et al., 2013).

De tweede spanning in de maatschappelijke context ligt in de manier waarop politiek, organisaties en opleidingen omgaan met de zorgrelatie als ‘instrument’ in de zorg. In de praktijk en opleidingen ligt de nadruk op beheersbare competenties en interventies.

De staatssecretaris van het Ministerie van VWS schrijft bijvoorbeeld in haar kamerbrief, dat jeugdzorgwerkers moeten beschikken over de competentie ‘de klik kunnen maken’ (Veldhuizen-van Zanten, 2012). In het rapport van Barnhoorn et al. klinkt deze dreigende reductie naar het instrumenteel inzetten van de zorgrelatie ook door. Daartegenover lijkt het er in de praktijk soms op alsof de zorgrelatie ‘als vanzelf ontstaat’, of niet, zonder dat we daar veel invloed op hebben. Hier lijkt sprake van een contradictie.

Vanuit wetenschappelijk oogpunt wordt een derde spanning zichtbaar. Zorgethiek ziet zorg als fundamenteel relationeel en betoogt dat zorgrelaties een belangrijke functie hebben. De zorgrelatie is in deze discipline een kennisbron voor wat nodig is. In de zorgrelatie kunnen mensen zichtbaar zijn als mens en niet alleen als ziek(t)e (Baart, 2011). Uit het rapport van Barnhoorn et al. blijkt echter dat over de zorgrelatie nog veel onduidelijkheid is. Tegelijkertijd is bekend dat het een krachtig werkzame factor is, die meer aandacht verdient (Barnhoorn et al., 2013).

Mogelijk kan vanuit de zorgethiek een inhoudelijke bijdrage worden geleverd aan bovengenoemde spanningen en het opvullen van hiaten in kennis, met betrekking tot de persoonlijke zorgrelatie binnen de jeugdsector.

Doelstelling

Doel van dit onderzoek is het beschrijven van concepten, die er toe doen in de persoonlijke zorgrelatie binnen de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief. De kennis en verkregen inzichten kunnen in de toekomst mogelijk een bijdrage leveren aan ontwikkelingen in de jeugdzorgsector en daarmee indirect aan goede zorg.

Dit onderzoek is tevens een afstudeeronderzoek in het kader van de Master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

Centrale vraag

Welke inzichten biedt de uitwerking van concepten, die er toe doen in de persoonlijke zorgrelatie binnen de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief en wat zeggen deze inzichten over de toepassing daarvan in een goede zorgrelatie binnen de jeugdsector?

Deelvragen

1. Welke concepten zijn van belang van de verheldering in de totstandkoming van een goede zorgrelatie, vanuit zorgethiek en de jeugdsector bezien?
2. Wat is de betekenis van de gevonden concepten voor het tot stand brengen van een goede zorgrelatie?
3. Wat betekenen de bevindingen uit de deelvragen een en twee ten aanzien van een goede zorgrelatie in de jeugdsector?

1.3 Begripsdefiniëring

In deze paragraaf worden twee centrale begrippen, die in deze thesis een rol spelen, gedefinieerd.

Zorgrelatie

Het begrip zorgrelatie komt niet voor in Van Dale, de *Stanford Encyclopedia*, noch in het Filosofisch Woordenboek. Het begrip 'relatie' wordt in Van Dale beschreven als 'betrekking waarbinnen personen, zaken, begrippen tot elkaar staan (verhouding)' en als 'duurzame liefdesrelatie' (Sterkenburg & Verburg, 1996). Karver geeft aan dat er diverse termen gebruikt worden als het gaat om de zorgrelatie. De benamingen 'persoonlijke relatie', 'therapeutische relatie' en 'zorgalliantie' komen volgens Karver echter goeddeels op hetzelfde neer. De keuze voor het een of het ander lijkt voornamelijk te berusten op persoonlijke voorkeur van auteurs (Karver, 2006).

Kuis, Hesselink en Goossensen stellen dat de zorgrelatie kan helpen in het ontdekken van wat nodig is en bij een goede afstemming in specifieke situaties. Ze draagt zo bij aan het realiseren van een goede afstemming van hulpvraag en zorgaanbod. De therapeutische relatie wordt door Kuis omschreven als "een positieve en affectieve band tussen patiënt en hulpverlener en hun samenwerking, om doelen en taken te realiseren" (Kuis et al., 2014). Vanuit de zorgethiek bezien, is zorg fundamenteel relationeel. Het begrip 'relationaliteit' komt echter evenmin voor in de genoemde woordenboeken, ik baseer me voor deze thesis op de beschrijving van Klaver, Van Elst en Baart (2013).

Het *critical insight* dat zij beschrijven als 'relationaliteit' benadrukt de onderlinge afhankelijkheid in een relatie, waarin men erkenning en zorg ontvangt. Relaties in de zorg hebben volgens de auteurs belangrijke functies. Die relatie is een kennisbron, die toont wat nodig is en waar beperkingen zijn en is bovendien het podium voor mensen om zichtbaar te zijn als mens en niet als ziek(t)e. Zorg als praktijk is gebaseerd op een tweezijdige relatie.

Deze zorgrelatie is asymmetrisch. Tegelijkertijd hebben beide betrokkenen waardevolle kennis en ervaring in te brengen, die helpen te begrijpen wat nodig is in de zorgpraktijk (Klaver et al., 2013). In de paragraaf over zorgethische concepten van het volgende hoofdstuk, komen de *critical insights* nog uitvoerig aan de orde.

Concept

Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat de begrippen ‘vaardigheid, competentie, aspect, kenmerk en concept’ niet eenduidig gebruikt worden. Embregts stelt dat, uitgaande van de zorgrelatie tussen hulpverlener en iemand die zorgafhankelijk is, vooral houdingsaspecten en persoonlijkheidskenmerken van belang zijn. Daarnaast zijn kennis en vaardigheden nodig om de zorg uit te kunnen voeren in al zijn aspecten. (Embrechts, 2009).

Voor deze thesis definieer ik de term ‘concept’ zoals deze is beschreven in het *Oxford Dictionary*:

‘An idea or mental image which corresponds to some distinct entity or class of entities, or to its essential features, or determines the application of a term (especially a predicate), and thus plays a part in the use of reason or language’.

In dit hoofdstuk zijn de probleem-, doel- en vraagstelling beschreven en de kernbegrippen gedefinieerd. In het volgende hoofdstuk wordt een beeld geschetst van jeugdigen in de jeugdsector.

2. COMPLEXITEIT VAN DE JEUGDSECTOR IN BEELD

In dit hoofdstuk schets ik, gezien het onderwerp van deze thesis, een beeld van de jeugdigen die in de jeugdsector behandeld en begeleid worden. Tevens wordt beschreven binnen welke context deze plaatsvindt. De jeugdsector betreft geïndiceerde zorg en kent een grote diversiteit aan jeugdigen, variërend in leeftijd van 0-23 jaar. De sector is te onderscheiden in drie categorieën. De sector omvat: jeugd- en opvoedhulp, zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen en jeugdigen met een psychiatrische stoornis of beperking. De niet vrijwillige zorg laat ik buiten beschouwing, omdat dit zeer specifieke kenmerken heeft. Hieronder valt de justitiële zorg op basis van een strafmaatregel opgelegd door de kinderrechter en zorg in gesloten settings.

2.1 Kenmerken van jeugdigen in de jeugdsector

De jeugdsector omvat geïndiceerde jeugd- en opvoedhulp, jeugdzorg voor lichtverstandelijk beperkte jeugd (LVB) en jeugd GGZ. De jeugd- en opvoedhulp richt zich op ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders of anderen. Kortom, mensen die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden bij (dreigende) opgroei- of opvoedingsproblemen. Hieronder valt tevens kindermishandeling, waardoor ernstige schade wordt, of dreigt te worden toegebracht aan jeugdigen. Dit kan gaan om fysiek of psychisch letsel (Wet op de Jeugdzorg).

Jeugdigen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) hebben een IQ tussen de vijftig en vijfentachtig en hebben beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen. Het komt regelmatig voor dat de ouders zelf ook een verstandelijke beperking hebben. Dit maakt de hulpverlening extra gecompliceerd. Bovendien is bij deze groep jeugdigen vaak ook sprake van psychiatrische problematiek, ernstige gedragsproblemen en raakvlakken met justitie. Deze complicatie maakt dat hulp vaak tekortschiet en een toekomstperspectief moeilijk te vinden is (Embregts, 2009; Zoon, 2013).

Tot slot is er de groep jeugdigen met ernstige psychische of psychiatrische problematiek. Een psychiatrische stoornis is een moeilijk te vatten, complex begrip. Meynen en Ralston onderzochten recente filosofisch-psychiatrische literatuur op conceptuele analyses van '*mental disorder*'. Zij concluderen dat consensus ontbreekt over wat de definitie van een mentale stoornis is.

Dat betekent volgens de auteurs dat de psychiatrie kwetsbaar blijft voor hypes en vragen over wat nu eigenlijk het domein van de psychiater is. Vooralsnog wordt de DSM IV⁵ gebruikt om een psychiatrische stoornis vast te stellen (Meynen, en Ralston, 2011).

In de praktijk binnen de jeugdsector zijn de hypes en de vraag of iets nu een pedagogisch of een psychiatrisch probleem is en wie dit dan moet behandelen, zeer herkenbaar. Dit betekent voor jeugdigen vaak een zoektocht en soms zelfs strijd, bij welke hulpverlener ze terecht kunnen, wat geen positieve start is voor de zorgrelatie.

2.2 Context begeleiding en behandeling jeugdigen

Jeugdigen in de jeugdsector worden in een grote diversiteit aan *settings* begeleid en behandeld. Jeugdzorgaanbieders bieden ambulante hulp in het gezin, dagbehandeling en pleegzorg. Daarnaast is er ook residentiële zorg, waarbij de jeugdige korte of langere tijd in de instelling woont. Een vrij recente ontwikkeling is dat er hulp geboden wordt in scholen, de zogenaamde zorg-onderwijs arrangementen.

Jeugdigen kunnen te maken hebben met veel verschillende hulpverleners. Bij ambulante zorg thuis is er vanuit de jeugdzorg meestal maar één hulpverlener betrokken. Het kan echter ook zo zijn dat er, vanuit andere problematiek, meerdere instellingen en hulpverleners betrokken zijn. Een jeugdige die uit huis geplaatst wordt, in pleegzorg, of een residentiële voorziening, kan daarnaast ook nog diverse keren overgeplaatst worden. Overplaatsing kan voorkomen omdat bijvoorbeeld tijdens het hulpverleningsproces blijkt dat de problematiek of de leeftijd van de jeugdige een andere behandeling of omgeving vraagt. Een ander aspect waardoor jeugdigen met meerdere hulpverleners te maken krijgen is, dat in residentiële voorzieningen in teams wordt gewerkt. De zeven keer vierentwintig uur bezetting zorgt voor steeds wisselende gezichten voor de jeugdigen.

Voor de hulpverleners in een residentiële setting is er bovendien geen sprake van één –op-één zorgrelaties, maar van groepsbehandeling. De hulpverlener moet naast de zorg voor het individu ook de groep en de onderlinge dynamiek hanteren (Boendermaker, Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2013). McLean beschrijft dat groepswerkers van residentiële voorzieningen aangeven, in hun relatie met de jeugdigen, diverse spanningen te ondervinden. Ze hebben het gevoel dat het belang van de groep vaak prioriteit moet krijgen, boven het belang van het individu, in de vorm van consequent en eenduidig handelen.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual, deze gids classificeert alle psychiatrische stoornissen.

Ook is er een spanning tussen het aangaan van een positieve relatie en het moeten controleren van negatief of agressief gedrag. Als laatste knelpunt noemen de auteurs dat de werkers elkaar moeten afwisselen en er soms weinig continuïteit is (McLean, 2013). Groepsleiders binnen residentiële settingen moeten dus een balans zien te vinden tussen al deze elementen.

Kortom, elke jeugdige en elke werkvorm stelt andere eisen aan hulpverleners en aan de zorgrelatie. Jeugdigen hebben meestal geen keuze als het er om gaat welke hulpverlener hen bijstaat. Tevens is er in veel gevallen geen sprake van een een-op-een-relatie en relaties worden bovendien regelmatig verbroken door overplaatsingen van jeugdigen. Dit alles bemoeilijkt het aangaan van een goede zorgrelatie voor zowel de jeugdige als voor de hulpverlener. Uit diverse onderzoeken blijkt tegelijk dat de zorgrelatie essentieel is voor een positief effect van de zorg. De zorgrelatie verdient dus alle aandacht (Karver, 2005; Boendemaker et al., 2013; Lee et al., 2013; Barnhoorn et al., 2013).

2.3 Persoonlijke ontwikkeling jeugdigen

De ontwikkeling van jeugdigen kent verschillende stadia, waarbij diverse verstoringen kunnen optreden. Deze verstoringen kunnen nadelige gevolgen hebben voor de vorming en ontwikkeling van de identiteit en de morele ontwikkeling. Dit kan vervolgens doorwerken in het aangaan van relaties op latere leeftijd en is daarom van belang voor de zorgrelatie.

Oudshoorn stelt op basis van Erikson dat de ontwikkeling van jeugdigen via een viertal ontwikkelingscrises verloopt. Deze stadia vinden plaats vanaf de zuigelingenleeftijd tot aan de pubertijd. In deze belangrijke ontwikkelingsfase wordt de grondhouding van het individu bepaald als één van vertrouwen of wantrouwen. Dit bepaalt of iemand zich later vrij voelt om sociale relaties aan te gaan. Wanneer een kind in die fase te veel geremd wordt of onveiligheid ervaart, zal het later inleveren aan autonomie, het innemen van sociale rollen en het nemen van initiatief (Oudshoorn, 1985).

Een gunstige ontwikkeling leidt zo, volgens Oudshoorn, tot een sterke identiteit op basis van vertrouwen, autonomie, initiatief en werklust. Een ongunstige ontwikkeling leidt daarentegen tot een zwakke identiteit. De jeugdige wordt dan geleid door wantrouwen, schaamte of twijfel aan zichzelf, schuldgevoelens en/of een minderwaardigheidsgevoel (Oudshoorn, 1985).

De morele ontwikkeling kent een soortgelijke fasering. Deze kan begrepen worden vanuit de psychoanalytische ontwikkelingspsychologie, of vanuit leertheoretische concepten.

De kern hiervan is de vorming van het geweten en het kunnen innemen van diverse sociale rollen (Oudshoorn, 1985). Vanuit de zorgethiek heeft Gilligan hier een bijdrage aan geleverd, door te wijzen op de verschillende ontwikkelingen bij jongens en meisjes. Gilligan wilde doorbreken dat het mannelijke perspectief als prototype voor moreel redeneren werd gehanteerd (Sander-Straudt, 2011). Dit onderwerp voert voor deze thesis echter te ver en laat ik hier rusten.

Wanneer we bovenstaande ontwikkelingsfase in ogenschouw nemen, kunnen we vaststellen dat bij veel jeugdigen in de jeugdsector, deze ontwikkeling in meer of mindere mate verstoord is. Ouders blijken soms niet in staat de noodzakelijke begeleiding te bieden. Daarnaast wordt een kind soms uit huis geplaatst en heeft het daarna mogelijk nog diverse andere woonplaatsen gehad. Waar sprake is van residentiële behandeling, of meerdere pleegzorgplaatsingen vanaf jonge leeftijd, is er tevens sprake van verschillende ‘opvoeders’. Men kan in deze situaties vaak van een ‘onveilige hechting’ spreken. Deze jeugdigen doen in de praktijk minder vaak een beroep op hulp voor troost en advies, zoeken minder contact en laten vijandiger gedrag zien (Boendermaker et al., 2013). Bovendien heeft een aantal jeugdigen psychiatrische stoornissen, of een verstandelijke beperking. Het aangaan van een zorgrelatie met deze jeugdigen is hierdoor een stevige uitdaging.

Andersom speelt de persoonlijke ontwikkeling van de hulpverlener ook een rol in de kwaliteit van het aangaan en onderhouden van een positieve zorgrelatie. Wanneer zij zelf onveilig gehecht zijn, blijken zij geneigd tot vermijding en zijn ze meer gericht op controle en beheersing. Bij een veilige hechting staan communicatie en ondersteuning echter op de voorgrond (Boendermaker et al., 2013). Dit vraagt om aandacht in beleid van organisaties.

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de complexiteit in de jeugdsector en de positie van jeugdigen en hulpverleners hierin. Dit alles is van invloed op het tot stand komen van de zorgrelatie en op de werking van concepten in de praktijk. In het volgende hoofdstuk wordt onderzocht en beschreven welke concepten zullen worden uitgewerkt.

3. ONDERZOEK NAAR CONCEPTEN

De eerste deelvraag van deze thesis is: welke concepten kunnen bijdragen aan het verhelderen van het begrip zorgrelatie en de totstandkoming ervan, gezien vanuit zorgethiek en de jeugdsector? In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven welk soort onderzoek wordt uitgevoerd. Onderdeel van deze thesis is een literatuuronderzoek specifiek gericht op de jeugdsector. In paragraaf 3.2 worden de methode en resultaten van dit deelonderzoek beschreven. In de derde paragraaf verantwoord ik de keuze voor literatuur, die ik in deze thesis gebruik. Aansluitend worden de concepten die in het volgende hoofdstuk worden uitgewerkt vastgesteld. Dit hoofdstuk wordt afgerond met de beperkingen van dit onderzoek.

3.1 Soort onderzoek

Deze thesis behelst een literatuuronderzoek naar de uitwerking van concepten die er toe doen in de zorgrelatie binnen de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief. Het betreft een thematisch onderzoek. Ik zal het thema ‘zorgrelatie’ uitwerken aan de hand van concepten uit zorgethische literatuur en empirisch kwalitatief onderzoek. De vooronderstelling is dat de beschreven relationele concepten een belangrijke rol spelen in het tot stand komen en onderhouden van de persoonlijke zorgrelatie, die bijdraagt aan goede zorg. Daarnaast is het gezien de complexiteit van relaties aannemelijk dat concepten niet op zichzelf staan. Dit onderzoek gaat dan ook op zoek naar de samenhang en betekenis van de beschreven concepten. Zowel het perspectief van de zorgontvanger als van de hulpverlener wordt onderzocht.

3.2 Methode en resultaten literatuuronderzoek in de jeugdsector

Het onderzoek dat in deze paragraaf wordt beschreven is specifiek gericht op de zorgrelatie in de jeugdsector. Doel van dit deelonderzoek is te onderzoeken welke relevante concepten naar voren komen in empirisch kwalitatief onderzoek. De keuze voor empirisch kwalitatief onderzoek is gelegen in de eerste deelvraag van deze thesis. Om te achterhalen welke concepten van belang zijn voor de zorgrelatie in de jeugdsector, is het belangrijk te weten wat jeugdigen hier zelf over zeggen. Daarnaast stelt ZonMw in haar rapport dat empirisch onderzoek op dit gebied mager is en dat gevonden studies beperkt zijn, omdat ze vrijwel allemaal gebaseerd zijn op vragenlijstonderzoek (Barnhoorn et al., 2013).

In tegenstelling tot vragenlijstonderzoek, richt empirisch kwalitatief onderzoek zich op het achterhalen van meningen en achterliggende motieven. Door de inductieve manier van informatie verzamelen wordt ruimte gegeven aan subjectiviteit. Ook kan het onderwerp van studie in zijn totaliteit bekeken worden in plaats van het op te splitsen in onderdelen. Om die reden is dit type onderzoek van belang voor de zorgethiek (Dierckx de Casterlé e.a., 2011). Zorgethiek wil zoveel mogelijk oog hebben voor het specifieke en situationele, waarin emotie, lichamelijke en taciete kennis tot uiting komen (Klaver et al., 2013). Deze aspecten worden niet zichtbaar in onderzoek met vragenlijsten.

Voor dit literatuuronderzoek worden zowel Engels- als Nederlandstalige zoektermen gebruikt (jeugd, zorg, jeugdzorg, zorgrelatie, zorgethiek, *youth-staffrelationships* en *ethics of care*). De termen zijn in verschillende combinaties en zowel in Engels als Nederlands toegepast. De *search* is uitgevoerd in ‘*Google Scholar* met UBU link, *Pubmed*, *Medline*, *Wolters Kluwer Health* en *Web of Science*. Dit leverde 1337 resultaten op, die zijn gescreend op titel. Bij te weinig houvast of een positieve relatie met het onderwerp werd de samenvatting en eventueel het artikel ‘diagonaal’ gelezen. Bij twijfel over relevantie werd het volledige artikel gelezen. Op basis van deze bevindingen werden uiteindelijk drieëndertig artikelen volledig bestudeerd, waarvan zeven onderzoeken werden geïncludeerd.

Een concept wordt alleen dan opgenomen in dit onderzoek als het in meerdere onderzoeken terugkomt, waaruit blijkt dat het van wezenlijk belang is in de jeugdsector.

Resultaten literatuuronderzoek jeugdsector

Uit de geïncludeerde onderzoeken blijkt, dat in de onderzoeken diverse terminologie gebruikt wordt om bevindingen te beschrijven. Zo wordt er gesproken over waarden, categorieën, aspecten of constructen. Dit maakt het lastig om de uitkomsten te herleiden tot duidelijke concepten. In hoofdstuk één werd dit punt ook geconstateerd ten aanzien van de begripsdefiniëring. Vanuit de definiëring van het begrip ‘concept’, zoals vastgesteld voor deze thesis, moet het gaan om een samengesteld begrip of idee, dat de toepassing van dat begrip bepaalt en het begrenst.

Begrippen die een meervoudige betekenis kennen en in meerdere onderzoeken terugkomen zijn: respect, gezien worden, aansluiten en vertrouwen. Het begrip ‘vertrouwen’ lijkt meer op zichzelf te staan en komt bovendien in vijf van de zeven onderzoeken terug.

Dit begrip krijgt ook het duidelijkst een meervoudige betekenis in de gevonden onderzoeken. Termen als betrouwbaarheid, trouw, loyaliteit, eerlijkheid, betrokkenheid, beschikbaarheid en wederkerigheid, worden in deze context benoemd.

Zoals eerder duidelijk werd, kunnen verstoringen in de ontwikkeling van jeugdigen er toe leiden, dat vertrouwen al jong geschaad wordt. Dit kan op latere leeftijd leiden tot wantrouwen en een gebrek aan zelfvertrouwen. Vervolgens kan dit invloed hebben op het aangaan van relaties op latere leeftijd (Oudshoorn, 1985). Het is dus niet verwonderlijk dat dit concept een belangrijke rol blijkt te spelen. Op basis hiervan zal het concept ‘vertrouwen’ meegenomen worden in de uitwerking in het volgende hoofdstuk. De overige begrippen worden in de volgende paragraaf naast de zorgethische concepten gezet. Hieronder volgen de concrete resultaten uit de search.

Auteur	Doelgroep	Methode	Gevonden concepten	Toelichting
Lee, B.R ; Munson, M.R.; Ware, N.C.; Ollie, M.T.; Scott, Jr., L.D.; McMillen, J.C. 2006	389 jeugdigen van 17-18 jaar in pleegzorg	Open interviews als deel van een langlopende studie	Als mens gezien worden (niet als diagnose of cliënt)	Veel vaardigheden benoemd als: luisteren, communicatie, tijd maken, beschikbaar zijn, samen activiteiten doen
Deutch, N.L., Jones, J.N. 2008	17 jeugdigen van 12-18 jaar in naschoolse programma's en 23 jeugdigen van 12-18 jaar	2 studies: participerende observatie en interviews, resp. 4 en 1 jaar veldwerk	Respect in relatie tot autoriteit was onderwerp van onderzoek, er worden 2 typen respect gevonden: respect op basis van macht en tweezijdig respect. Bij tweezijdig respect is 'vertrouwen' en 'elkaar kennen en gezien worden' van belang, het moet verdiend worden.	Respect speelt vooral een rol bij minderheden en lage inkomensgroepen en maakt dat autoriteit wordt geaccepteerd
Erve van, N, Poiesz, M., Veerman, J.W. 2005	61 personen (ex-cliënten), ouders, trainers 'training bejegening', managers en behandelaren jeugdinstelling	Diepte-interviews, discussie en vragenlijsten en kwalitatieve analyse	<ul style="list-style-type: none"> - Respect (iemand accepteren zoals hij is en serieus nemen) - Sta naast de cliënt (zorg voor gelijkwaardigheid, samenwerken, cliënt activeren, regie bij cliënt leggen) - Sluit aan bij de cliënt (afstemmen op de hulpvraag en mogelijkheden van de jeugdige) 	Er worden 24 aspecten gevonden die in 8 categorieën worden geclusterd. De uitwerking maakt het lastig hieruit concepten te destilleren omdat het is uitgewerkt in termen van gedrag of persoonlijkheidskenmerken De drie categorieën hiernaast kennen verwantschap met concepten maar zijn hier niet zo uitgewerkt.
Liang, B., Spencer, R., Brogan, D., Corral, M. 2007	56 jeugdigen van 11-22 jaar in het onderwijs	Focusgroepen van 4-12 personen met semigestructureerd format. Drie onderzoekers coderen de uitkomsten en formuleren thema's	Vertrouwen en Trouw/loyaliteit (serieus zijn en serieus genomen worden, eerlijk zijn en iemand in vertrouwen kunnen nemen, ervaringen delen).	Onderzoek is gericht op mentor relaties, belangrijke aspecten waren: gezamenlijke activiteiten, wederkerigheid, responsiviteit en rolmodel zijn. De persoonlijke verbinding bevordert de positieve identificatie en rolmodel zijn.
Laursen, E. K. (2002)	23 jeugdigen 13-19 jaar in residentiële zorg	Etnografisch onderzoek, interviews over welk gedrag belangrijke volwassenen in hun leven laten zien dat hen helpt	Vertrouwen (doen wat je zegt), aandacht (tijd maken), empathie (kijken vanuit perspectief jeugdige), beschikbaarheid, bemoediging, respect (serieus nemen, betrekken bij besluiten), rolmodel zijn	Doel is specifiek gedrag te identificeren in zorgrelaties dat hulpverleners kan helpen en in opleidingen kan worden aangeboden.

Auteur	Doelgroep	Methode	Gevonden concepten	Toelichting
Rabley, S. 2011	17 jeugdigen in residentiële voorzieningen van 13-18 jaar	Vragenlijsten en interviews	<p>‘Zorg hebben voor’ (betrokkenheid, handhaven van regels, belangstelling voor of gedeelde interesses, consequent zijn, respectvolle houding)</p> <p>Vertrouwen (het hebben van positieve gedachten over iemand en of er op iemand gerekend kan worden in tijden van nood). Tweezijdigheid is van belang.</p>	Focus van het onderzoek ligt op de relatie tussen jeugdigen en staf. In het kader van hechting zijn veiligheid, communicatie, humor en vertrouwen van belang.
Keinemans, S.; Kanne, M. 2010	Hulpverleners van adolescente moeders	10 semi-open interviews en 3 focusgroepen	<p>Waarden die aan de orde zijn in de zorgrelatie: authenticiteit, trouw, (betrouwbaar, loyaal, beschikbaar en aanwezig), betrokkenheid en erkenning (iemand accepteren zoals hij is, niet afwijzen, zelfvertrouwen geven en zorgen dat iemand zich gezien voelt).</p> <p>Daarnaast wordt gesteld dat vertrouwen een grote rol speelt in de relatie. Dit geeft het mandaat om zorg te verlenen. Grenzen stellen aan deze waarden is ook van belang.</p>	Er wordt niet gesproken van concepten maar van waarden.

3.3 Zorgethische concepten en verantwoording literatuur

In deze paragraaf wordt beschreven welke concepten vanuit zorgethiek van belang zijn voor de persoonlijke zorgrelatie, aansluitend op wat in het deelonderzoek in de vorige paragraaf is gevonden. Tevens wordt de keuze van literatuur ten behoeve van de uitwerking verantwoord.

Zorgethiek is in de jaren tachtig als discipline ontstaan, vanuit onvrede met de klassieke ethiek, waarin een autonoom en onafhankelijk mensbeeld centraal staat. Zorgethiek veronderstelt dat verbondenheid, kwetsbaarheid en afhankelijkheid in het leven, een moreel belang hebben. De behoefte aan zorg is universeel en niet voorbehouden aan zieken of gehandicapten. Normatief gezien moeten relaties dan ook onderhouden worden. Dit betekent dat het welzijn van zorgverleners en –ontvangers bevorderd moet worden binnen een netwerk van sociale relaties (Sander- Staudt, 2011). Het begrip autonomie wordt, vanuit het mensbeeld van verbondenheid, gerelativeerd. Walker (2007) stelt dat moraliteit alleen kan worden gevonden in relaties tussen mensen. Uit deze relaties vloeien verantwoordelijkheden voort. Praktijken kunnen zichtbaar maken wat van waarde is door te kijken naar verantwoordelijkheden voor elkaar en de betekenis van die verantwoordelijkheid voor de betrokkenen. Volgens Walker is er niet zoiets als een vast moreel standpunt (Walker, 2007).

Klaver et al. beschrijven vier inzichten, *critical insights*, die zij als kenmerkend zien voor zorgethiek. In het eerste inzicht stellen zij dat zorg fundamenteel relationeel is. Uitgangspunt is dat personen, gemeenschappen en organisaties worden gezien als relationeel en onderling afhankelijk. Klaver et al. veronderstellen dat relaties in de zorg belangrijke functies hebben. De zorgrelatie wordt gezien als een bron van kennis over wat nodig is en waar grenzen liggen. Deze relatie wordt bovendien gezien als een plek waar iemand zorg en erkenning ontvangt en zichtbaar kan zijn als mens en niet alleen als ziek(t)e. Een kwetsbare zorgontvanger⁶ bevindt zich in een asymmetrische, afhankelijke relatie tot een hulpverlener (Klaver et al., 2013). Van Heijst zegt dat het doel van zorg in het algemeen gericht is op genezing en excellente professionele hulp. Aanvullend daarop ziet Van Heijst de professional echter ook als medemens. Ondanks de asymmetrische zorgrelatie hebben zowel de zorgontvanger als de hulpverlener behoefte aan erkenning en zijn ze beiden kwetsbaar.

⁶ In zorgethische theorievorming wordt nagedacht over zorg in het algemeen, niet perse over specifieke doelgroepen. Om die reden zal in deze paragraaf en het volgende hoofdstuk de term zorgontvanger worden gebruikt in plaats van jeugdige.

Daarnaast zijn liefde en geliefd zijn volgens Van Heijst belangrijke bronnen om zinvol en waardevol te kunnen leven (Van Heijst, 2011a). Menswaardige zorg betekent dat hulpverleners zich niet alleen richten op problemen, maar de totale mens zien. Ze laten de ander mee sturing geven aan het proces en richten zich in de omgang ook op wat de zorgontvanger weet en kan (Van Heijst, 2008). Een tweede inzicht dat Klaver et al. beschrijven is dat zorgethiek zich primair richt op de specifieke situatie en context. Het morele oordeel kan volgens zorgethiek alleen hierin gevonden worden. De unieke context van zorgontvangers kent volgens Klaver et al. drie vormen, te weten: de fysieke, sociale en historische context van elke unieke zorgontvanger. Het draait bij zorgethiek niet om principes maar om inzicht en begrip. Hieruit vloeit voort dat alleen de zorgontvanger het resultaat van zorg kan beoordelen vanuit zijn unieke positie (Klaver et al., 2013; Baart, 2011).

Het derde *critical insight* dat Klaver et al. beschrijven, is zorgethiek als politieke ethiek. Zorgethiek doordenkt de traditionele opvattingen ten aanzien van het publieke en het private. Ze stelt dat instituties en organisaties invloed hebben op het persoonlijke leven. In dit inzicht gaat het om vragen over rechtvaardige instituties in een fatsoenlijke samenleving.

Professionele zorg is zo gezien een formele praktijk, ingebed in relationele netwerken. In deze context kan ontstaan wat moreel goed is (Klaver et al., 2013). Tot slot wordt in een vierde kenmerk besproken dat empirisch en ethisch weten aan elkaar verbonden zijn. Naast theoretische benaderingen en abstracte kennis zijn ook emotie, lichamelijke en taciete kennis van belang. Dat wat goed is, wordt volgens dit inzicht zichtbaar in praktijken.

Zorgethische theorievorming en zorgethisch onderzoek zijn daarom zo concreet als mogelijk is, met de nadruk op het individuele en situationele (Klaver et al., 2013).

Vanuit zorgethiek denkt men niet in protocollen of methodieken. Men zoekt eerder naar een ‘*match*’ tussen de noden, behoeften en verlangens van de zorgontvanger en de zorg die gegeven wordt. Wanneer die niet gevonden wordt, kan men spreken van *mismatch* (Kuis et al., 2013). De zorgrelatie kan samen met een goede ‘*match*’ een positieve invloed hebben op de uitkomsten van goede zorg. Ze kan bovendien goed zijn in zichzelf, omdat ze bijdraagt aan de kwaliteit van leven. De context en voorwaarden moeten ruimte geven aan de zorgrelatie (Kuis et al., 2013). In de zorgethiek zijn de hierop aansluitende, theorieën ‘Presentie’ (Baart, 2011) en ‘Menslievende Zorg’ of wel ‘*Professional Loving Care*’ (Van Heijst, 2008, 2011a) actueel en vinden in de zorg veel weerklank. De kern hierin is dat hulpverleners gevoeliger gaan kijken naar zorgontvangers. Ze zouden deze als unieke mens moeten zien en niet als een object dat gediagnosticeerd of behandeld moet worden, of als ziek(t)e (Goossensen et al., 2014; Baart, 2011).

Vanuit een houding van presentie betekent dit dat ze ‘er zijn’ voor mensen in nood en hen niet in de steek laten. Het betreft een duurzame relatie, die aansluit bij de leefwereld van de ander (Baart, 2011).

Op basis van bovenstaande vormen de concepten ‘aansluiten’ en ‘erkenning’ centrale begrippen. ‘Aansluiten’ betekent het zich zo goed mogelijk verplaatsen in de leefwereld van de ander. De kwaliteit van de menselijke relatie staat voorop. Goossensen et al. zien ‘aansluiten’ als een professionele verantwoordelijkheid (Goossensen et al., 2014). Van Heijst vertaalt erkenning als ‘iemand zien staan’. Zowel de zorgontvanger als de hulpverlener hebben volgens haar erkenning nodig. De hulpverlener heeft ruimte nodig om naar eigen professioneel inzicht te kunnen handelen en de zorgontvanger moet zich gezien voelen als mens en niet alleen als ziek(t)e. Goede zorg is volgens Van Heijst meer dan er voor zorgen dat iemand geneest. Het is ook een relatie aangaan en laten weten en voelen dat iemand er toe doet en er mag zijn zoals hij/ zij is. Van Heijst stelt dat er in het kwaliteitsdenken in de zorg maar weinig aandacht is voor erkenning en relationele processen. Kwaliteitsnormen worden volgens haar steeds bedrijfsmatiger ingevuld. (Van Heijst, 2011b).

De begrippen ‘respect’, ‘gezien worden’ en ‘aansluiten’, die uit het deelonderzoek in paragraaf 3.2 naar voor komen, blijken in hoge mate aan te sluiten bij, of maken onderdeel uit van, de zorgethische concepten ‘aansluiten’ en ‘erkenning’, zoals die hiervoor zijn beschreven. Deze twee zorgethische concepten zullen dan ook meegenomen worden in dit onderzoek.

Verantwoording literatuur

Voor de uitwerken van de concepten ‘aansluiten’ en ‘erkenning’ worden op basis van bovenstaande ‘Een theorie van Presentie’ (Baart, 2011), ‘Schetsen van Mismatch’ (Goossensen et al., 2014) en ‘Iemand zien staan’(Van Heijst, 2011b), als bronnen gebruikt. Ten aanzien van het concept ‘vertrouwen’, dat naar voor komt uit het deelonderzoek in de jeugdsector is ‘*Too good to be true*’ van Sevenhuijsen (1998) gebruikt. Zij schrijft over vertrouwen als praktijk en in de context van afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Deze benadering sluit erg goed aan bij de kwetsbare positie waarin jeugdigen in de jeugdsector zich bevinden. Ze geeft bovendien meer houvast voor de praktijk van de zorg dan de meer abstracte beschrijvingen.

In de uitwerking van deze concepten is tevens gebruik gemaakt van empirisch kwalitatief onderzoek. De keuze voor deze onderzoeken is gericht op een verrijking, verdieping en/of aanvulling ten aanzien van bovenstaande bronnen.

Het onderzoek van Dickert en Kass (2009) biedt een andere blik op respect, dan respect als erkenningsvorm, zoals Van Heijst dat uitwerkt. Gilson (2006) schrijft over en doet onderzoek naar vertrouwen en de zorgrelatie, als deel van een keten van relaties en parallelle processen in organisaties. Dit in tegenstelling tot Sevenhuijsen die zich richt op een-op-een-relaties. De combinatie van theoretische ethische kennis en empirisch onderzoek vullen elkaar op deze manier aan. Aanvullend is gebruik gemaakt van ondersteunende literatuur om op onderdelen opvattingen te onderbouwen of te verhelderen.

3.4 Beperkingen

Gezien de beschikbare tijd voor het schrijven van deze thesis, is het aantal te benutten bronnen beperkt gebleven. Er is om die reden getracht zoveel mogelijk gebruik te maken van kwalitatief hoogstaande bronnen. Deze beperking betekent echter dat de conclusies die hieruit voortvloeien niet de waarheid pretenderen. Het is echter aannemelijk dat de bevindingen een goede indicatie geven van de betekenis voor en werking van de concepten in de zorgrelatie. In deze thesis is steeds getracht de gebruikte bronnen zorgvuldig te vermelden in het kader van herleidbaarheid van gegevens. Samen met kritische reflectie door de onderzoeker en begeleidingsgesprekken met de eerste lezer, verhoogt dit de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Samenvatting

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de begrippen: ‘respect’, ‘gezien worden’ en ‘aansluiten’, die uit het deelonderzoek in paragraaf 3.2 naar voor komen, in hoge mate aansluiten bij, of onderdeel uitmaken van, de zorgethische concepten ‘aansluiten’ en ‘erkenning’, zoals die naar voor komen uit zorgethische literatuur. Daarnaast is het concept ‘vertrouwen’ zeer relevant gebleken voor de zorgrelatie met jeugdigen. Op basis daarvan zullen de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ in het volgende hoofdstuk uitgewerkt worden.

4. DE CONCEPTEN ‘AANSLUITEN’, ‘ERKENNING’ EN ‘VERTROUWEN’

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gezocht op de vraag “welke betekenis hebben de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ in het tot stand brengen van een goede zorgrelatie”? De uitwerking van concepten kan verdieping geven en mensen kennis aanreiken over een onderwerp, dat iets toevoegt aan het denken in bijvoorbeeld protocollen of methoden (Goossensen et al., 2014). De drie concepten komen opeenvolgend aan de orde in de volgende drie paragrafen. Elke paragraaf wordt afgesloten met een korte samenvatting. In de laatste paragraaf wordt de samenhang en betekenis van de concepten in beeld gebracht.

4.1 Aansluiten

Onder ‘aansluiten’ wordt verstaan dat de hulpverlener invoegt bij wat door de zorgontvanger wordt aangegeven (Baart, 2011). In ‘Schetsen van *mismatch*’ stellen de auteurs dat de kwaliteit van aansluiten bepaalt of de zorg ‘*matcht*’ of niet. Wanneer er sprake is van een *mismatch* komt het zorgaanbod niet overeen met de zorgvraag (Goossensen et al., 2014). ‘Aansluiten’ krijgt in recente zorgethische literatuur veel aandacht. In de ‘Theorie van Presentie’ wordt dit concept beschreven als een van de kenmerken van presentiebeoefening. Presentiebeoefening is een professionele werkwijze, die er in de kern om draait er te zijn voor mensen in nood en hen niet in de steek te laten. Dit proces vindt plaats vanuit een duurzame relatie die aansluit bij de leefwereld van de ander (Baart, 2011). De Presentiebenadering wordt door Baart tegenover de interventiebenadering gezet. In de interventiebenadering wordt, zoals Baart zegt, het probleem van de zorgontvanger vertaald naar professionele begrippen, waarna besloten wordt welke interventie ingezet moet worden. Wanneer de interventie is uitgevoerd trekt men zich dan weer terug. In de praktijk blijkt dat beide benaderingen nodig kunnen zijn. Ze kunnen tegelijkertijd plaatsvinden of opeenvolgend ingezet worden. De mate waarin de ene of de andere benadering wordt toegepast kan in de loop van het hulpverleningsproces variëren. Het hoofddoel van zorg is en moet hoe dan ook zijn, de zorgontvanger bij te staan (Baart, 2011; Van Heijst, 2011b).

4.1.1 Het concept ‘aansluiten’ concretiseren

‘Aansluiten’ zegt volgens Baart iets over de manier waarop hulpverleners een relatie aangaan met mensen die op hun hulp zijn aangewezen. Een belangrijk aspect is in dit opzicht dat zorgrelaties vaak worden gekenmerkt door ongelijke machtsverhoudingen.

De werking van ‘aansluiten’ wordt zichtbaar door te kijken naar de leefwerelden van de hulpverlener en van de jeugdige. Baart zegt dat de leefwereld onder meer tot uiting komt in iemands verhalen, handelingen, *inner speech* en relaties. De hulpverlener probeert te begrijpen hoe de ander tegen dingen aan kijkt. Belangrijke vragen zijn dan: hoe iemand vindt dat ‘het hoort’, welke sociale posities en relaties accepteert hij/zij wel of niet en hoe gaat hij/zij met specifieke thema’s of problemen om? Daarnaast is het belangrijk hoe iemand dit alles beleeft, waar hij/zij naar verlangt, of waar hij/zij aan gehecht is. Om goed aan te kunnen sluiten moeten hulpverleners proberen de ander echt te leren kennen (Baart, 2011). Hoe beter dit lukt, des te meer kans dit geeft op een goede *match*. Goossensen et al. stellen op deze gronden dat ‘aansluiten’ primair de verantwoordelijkheid van de hulpverlener is (Goossensen et al., 2014).

De kern van aansluiten is volgens Goossensen et al. dat zichtbaar moet worden wat van belang is voor de zorgontvanger. Samen met de professionele kennis kan dit helpen om te kunnen bepalen wat in een bepaalde situatie nodig is. In dit proces is de waarneming van de hulpverlener bepalend in wat er wel en niet gezien wordt. De vraag “hoe is het om in de schoenen van de ander te staan?” kan betekenis geven aan die waarneming. Pas wanneer het verhaal van de ander helder is, kan het afdoende worden vertaald naar vakjargon en methodiek/interventie (Goossensen et al., 2014). Een hulpverlener reduceert zijn waarneming echter wanneer hij te snel invult wat de ander wil of nodig heeft, of te eng kijkt vanuit een probleem, theorie of methodiek (Goossensen et al., 2014). Martinsen beschrijft in dit kader het verschil tussen het ‘*recording and perceiving eye*’. Zij stelt dat je manier van kijken tevens je handelen bepaalt. Het *recording eye* wordt door haar gezien als een klinische, neutrale observerende blik van buitenaf. Deze zienswijze kan ertoe leiden dat iemand tot categorie of diagnose wordt gereduceerd, wat tot vernedering en beschadiging kan leiden. Anderzijds is het *perceiving eye* een open blik. Hierin is sprake van geraakt worden en emotionele betrokkenheid. De hulpverlener die werkt vanuit het *perceiving eye*, handelt naar bevinden. Dit betekent dat hij door aandachtig waarnemen recht doet aan de gehele mens, inclusief emotie en beleving van de zorgontvanger, in plaats van te denken vanuit protocollen (Martinsen, 2011). Dit proces maakt zichtbaar dat een hulpverlener meer doet dan alleen een effectieve interventie correct toepassen (Goossensen et al., 2014).

De auteurs van ‘Schetsen van *Mismatch*’ geven drie dimensies weer waarop aansluiting gevonden kan worden, dan wel *mismatch* kan ontstaan. Er moet aan de eerste dimensie zijn voldaan voordat de volgende tot zijn recht kan komen (Goossensen et al., 2014).

Drie dimensies van ‘aansluiten’

‘Zien of niet zien’

De kwaliteit van de waarneming van de hulpverlener maakt dat de zorgontvanger al dan niet goed gezien of gehoord wordt. In een goede zorgrelatie voelt de zorgontvanger zich gezien, hij doet er toe en ‘hoort er bij’. Dit is volgens de auteurs erkenning in existentiële zin. Deze erkenning kan iemand de moed geven om door te gaan als het moeilijk is. *‘Laten tellen of verlaten’*

De hulpverlener kan op basis van empathisch vermogen en emotionele intelligentie proberen te begrijpen hoe het is om de ander te zijn. Dit wordt ook wel perspectiefwisseling genoemd. Wanneer dit begrip ontstaat, voelt de zorgontvanger dat hij er toe doet en ervaart hij betrokkenheid. Wanneer er geen oplossingen zijn voor de bestaande problematiek is deze betrokkenheid extra belangrijk.

‘Afgestemd besluiten’

Een gedeelde visie tussen hulpverlener en zorgontvanger over ‘wat nodig en helpend is’ en de mate waarin gezamenlijk besloten wordt, zijn essentieel. De ander voelt zich begrepen en gehoord wanneer de aangeboden hulp goed afgestemd is op zijn kernovertuigingen en leefwereld.

Bron: Goossensen et al., 2014

4.1.2 Grenzen van ‘aansluiten’

Uit voorgaande blijkt dat ‘aansluiten’ een intensief proces is, wat van alle betrokkenen veel vraagt. Het is daarom van belang de verschillen tussen de leefwereld van de jeugdige en de hulpverlener te onderkennen. Zoals gezegd moet de hulpverlener er voor waken het verhaal van de zorgontvanger niet te snel te vertalen naar de eigen professionele denkkaders. Aan de andere kant moet de zorgontvanger zich ook laten kennen. Soms ontbreekt echter de aansluiting tussen zorgontvanger en hulpverlener volledig, of mislukt deze. Mensen voelen zich dan niet gehoord of begrepen en slecht geholpen en haken soms innerlijk of letterlijk af. Het kan ook zo zijn dat een zorgontvanger zich niet laat ‘kennen’, waardoor het proces moeizaam verloopt (Goossensen et al., 2014).

Tijd is volgens de auteurs essentieel om het verhaal van de zorgontvanger en diens overtuigingen ruimte te geven. Ook moet de hulpverlener trachten een gedrags- en gevoelsrespons te bewerkstelligen en niet alleen functioneel handelen. Alleen op deze wijze kan een goede aansluiting tot stand komen. Wanneer hulpverleners onvoldoende aansluiting vinden, kan dit leiden tot demotivatie of een burn-out.

De auteurs van ‘Schetsen van *mismatch*’ zien het echter als de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om te proberen het vertrouwen te (her)winnen en open te staan voor de leefwereld van de ander (Goossensen et al., 2014).

In het concept aansluiting blijkt een relatie te liggen met de concepten ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’, die hierna nog uitgewerkt worden. Erkenning ontstaat door ‘aansluiten’ in de vorm van goed luisteren en open kijken, zodat iemand zich gezien voelt. Tevens wordt erkenning genoemd in het kader van het erkennen van verschillen tussen de leefwereld van de jeugdige en die van de hulpverlener. Het concept ‘vertrouwen’ wordt zichtbaar in het winnen van vertrouwen dat nodig is om de leefwereld van iemand te kunnen leren kennen. Dit kan een moeizaam proces met vallen en opstaan zijn en is dus geen eenmalige inspanning of activiteit. Beide concepten komen hierna nog uitvoerig aan de orde.

Samenvatting

De kwaliteit van aansluiten wordt bepaald door de mate waarin de hulpverlener er in slaagt in beeld te brengen wat er voor de ander toe doet. Dit proces krijgt vorm door een open en aandachtige waarneming, perspectiefwisseling en afgestemd besluiten, vanuit een duurzame relatie. Het betreft hier niet alleen functioneel handelen maar tevens het bewerkstelligen van een gevoels- en gedragsrespons. Dit proces verloopt soms moeizaam maar is van groot belang om te kunnen komen tot een goede afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod. Goossensen et al. (2014) zien ‘aansluiten’ als een professionele verantwoordelijkheid.

4.2. Erkenning

Van Heijst legt erkenning uit als ‘iemand zien staan’. Erkenning heeft te maken met de eigen identiteit, maar ook met interactie tussen mensen in de zin van hoe we elkaar zien. In de zorgrelatie behelst erkenning ‘de ander het gevoel te geven dat die er toe doet en mag zijn zoals hij is’ (Van Heijst, 2011b). Grijpdonck stelt dat veel zorgrelaties worden gekenmerkt door asymmetrie. Zo kunnen zorgontvangers niet altijd kiezen wie hun hulpverlener is, maar zijn ze wel van hen afhankelijk. De kwaliteit van de uitvoering van de zorg is niet altijd gelijk en niet altijd van hoog niveau. Bovendien is zorg niet per se goed, maar kan ook tekort schieten of zelfs schade toebrengen. Grijpdonck stelt dat erkenning essentieel is in de zorg en voorwaardelijk is om te kunnen komen tot een effectieve zorgrelatie (Grijpdonck, 2008).

Op basis van Sennet en Honneths werk zegt Van Heijst dat iemands identiteit gevormd wordt in relatie met anderen. In kwaliteit van zorg is volgens van Heijst echter weinig aandacht voor de relationele en erkenningscomponent, terwijl uit onderzoek blijkt dat die zwaar weegt (Van Heijst, 2011b).

4.2.1 Drie vormen van erkenning en miskennen

Van Heijst beschrijft drie vormen van erkenning en miskennen. De drie vormen van erkenning zijn liefde, respect en sociale waardering. Liefde is de basis voor erkenning en daaraan gekoppeld is (zelf)vertrouwen. Dit begint bij de ouder-kind relatie, zoals ook in hoofdstuk twee naar voor kwam, bij de ontwikkeling van jeugdigen. Liefde is dan een erkenning van de noden en emotionele afhankelijkheid van de ander. De tweede vorm is (zelf)respect, waarbij het draait om het erkennen van de gelijke (burger)rechten van de ander in algemene zin. Te denken valt aan het recht op zorg. Het hebben van rechten zet je op gelijke voet met de ander. Van Heijst ziet persoonlijke autonomie als belangrijkste betekenis van respect. Deze autonomie betreft ten eerste het recht om het eigen leven zowel moreel als juridisch vorm te geven. Ten tweede strekt respect zich volgens de uitwerking van Van Heijst ook uit naar het sociale netwerk waartoe iemand behoort. Ook die rechten moeten worden gerespecteerd. Dit is gebaseerd op het feit dat anderen nodig zijn voor zelfwording en dat een plaats in de samenleving essentieel is. Tot slot is de derde vorm van erkenning ‘(sociale) waardering’. Waar respect betonen volgens Van Heijst in het algemeen gebeurt, is waardering iets persoonlijks. Sociale waardering wordt gegeven door anderen en onderscheid zich zo van zelf weten wat je waard bent. Van Heijst stelt dat waardering verdiend moet worden door persoonlijke eigenschappen of prestaties en niet opeisbaar is als recht. In sociaal verkeer worden gezamenlijk standaarden bepaald voor wat waardering verdient (Van Heijst 2011b). Deze drie vormen van erkenning staan tegenover de drie vormen van miskennen: fysiek geweld, uitsluiten van rechten en niet voor vol worden aangezien, of totaal niet gezien worden.

Drie vormen van erkenning en van miskennen

Erkenning	Miskennen
Liefde	Fysiek geweld
Respect	Uitsluiten van rechten
Sociale waardering	Niet voor vol aangezien worden

Bron: Van Heijst, Iemand zien staan (2011b)

Miskenning kan volgens Van Heijst iemands identiteit verstoren, wat grote impact heeft op iemands functioneren. Men kan voor erkenning moeten vechten maar ze kan ook worden geschonken. Het schenken van erkenning is van belang voor zorgafhankelijke mensen die niet in staat zijn erkenning op te eisen of ervoor te vechten.

De overheid kan hun belangen tot op zekere hoogte borgen. Van Heijst stelt echter dat het schenken van waardering, een resultaat van menselijk samenleven kan zijn. Als voorbeeld geeft ze dat hulpverleners naast hun formele taken vaak ook iets extra's doen voor mensen. Dit kan al betekenisvol zijn en tot uiting komen in een klein gebaar, een opmerking of een blik. (Van Heijst, 2011b).

4.2.2 Respect als erkenningsvorm

Het is opvallend dat Van Heijst respect als erkenningsvorm heel specifiek invult in de zin van het hebben van gelijke rechten als erkenningsvorm. In deze paragraaf wordt hier nader op ingegaan. In de volksmond wordt respect meestal breder gebruikt. Dickert en Kass (2009) constateren dit ook. Hun onderzoek richt zich op zorgrelaties die moeizaam verlopen. Zij stellen enerzijds dat het ethische principe van respect vaak uitsluitend wordt gebruikt in de zin van respect voor autonomie. Anderzijds stellen ze dat er ethici zijn die zeggen dat respect veel meer is dan dat. Uit hun interviews met zowel zorgontvangers als hulpverleners komen zeven vormen van respect tevoorschijn. Deze vormen zijn: aandacht voor de noden van zorgontvangers, empathie, zorg, autonomie, individualiteit, informatie en waardigheid (Dickert & Kass, 2009).

De deelnemers aan het onderzoek blijken verschillende accenten te leggen in wat respect voor hen betekent. Dit betekent volgens de onderzoekers dat er aandacht moet zijn voor verschillende houdingen en gedrag van hulpverleners. Respect blijkt hier duidelijk meer te zijn dan aandacht voor autonomie en besluitvorming. De zorgontvangers in dit onderzoek zien respect als de manier waarop erkenning voor hen, als de waardevolle mens die ze zijn, vorm krijgt (Dickert & Kass, 2009).

In de zeven vormen van respect zijn de drie vormen van erkenning van Van Heijst (2011b) terug te vinden. Uit het deelonderzoek in hoofdstuk drie blijkt dat ook jeugdigen het begrip 'respect' breder invullen dan Van Heijst. Uit die resultaten wordt zowel overlap met 'aansluiten' en de erkenningsvormen 'liefde' en 'sociale waardering' zichtbaar, als elementen van vertrouwen (Deutch & Jones, 2008; Van Erve et al., 2005; Keinemans et al., 2010; Rabley, 2011; Dickert & Kass, 2009).

Bovenstaande maakt duidelijk dat de communicatie tussen hulpverleners en zorgontvangers belangrijk is. Men zal moeten achterhalen waar accenten liggen voor die bepaalde persoon en wat iemand onder een begrip als respect verstaat. Hiermee wordt een link met het concept ‘aansluiten’ zichtbaar. De vraag wat de betekenis is van de verschillende invulling van dit concept voor de zorg, komt in de discussie nader aan de orde.

4.2.3 Erkenning van zorgontvanger en hulpverlener

Wat betekent erkenning voor de zorgrelatie? Van Heijst stelt vast dat het recht op zorg, gebaseerd op respect als erkenningsvorm, niet voldoende is. Als argument hiervoor draagt ze onder meer aan dat niet iedereen die rechten kan laten gelden en dat rechten niet altijd te verzilveren zijn, maar bovenal dat zorgafhankelijkheid een ander soort erkenning vraagt. Recht op zorg zegt bovendien volgens Van Heijst nog niets over de wijze waarop zorg uitgevoerd wordt. Ze zegt dat zorg in deze tijd te instrumenteel en oplossingsgericht is en zoekt daarom naar een rijkere invulling (Van Heijst, 2011b). Van Heijst gaat vervolgens in op de betekenis van erkenning voor zowel de zorgontvanger als de hulpverlener.

Erkenning van de zorgontvanger

Mensen geven volgens Van Heijst vaak aan dat serieus genomen worden en aandacht, belangrijke criteria zijn in het beoordelen van de kwaliteit van de zorg. Deze vormen van erkenning vragen erom dat de hulpverlener aansluit bij wat er op dat moment werkelijk leeft bij de ander. Van Heijst beschrijft erkenning van de zorgontvanger als driezijdig:

- helpend of verhelpend ingaan op de nood van de ander, de erkenning van het waard zijn om zorg te ontvangen en het recht op die zorg;
- erkennen van de lijdenslast waardoor de ander zich gehoord voelt;
- erkennen van het unieke en zorgbehoevende, fysiek en als mens (Van Heijst, 2011b).

Voor goede zorg is volgens Van Heijst naast respect ook liefde/warmte en waardering nodig als erkenningsvorm. Een dergelijke warmte kan ontstaan wanneer men elkaar in de loop van het zorgproces beter leert kennen. Van Heijst ziet de hulpverlener niet alleen als professional, maar ook als medemens en deel van de sociale omgeving van de zorgontvanger. Dit geldt des te meer in intensieve of langdurige zorgprocessen. Om dit essentiële deel van de zorgrelatie ruimte te geven is het nodig dat men er belang aan hecht en er bewust mee omgaat. De vraag is of dit in organisaties bewust gebeurt (Van Heijst, 2011b).

Daarnaast vindt Van Heijst de stem van zorgontvangers belangrijk, maar ze zegt ook dat die niet belast moeten worden met zaken die ze niet kunnen overzien. De hulpverlener zal in die situaties volgens Van Heijst moeite moeten doen om iemands uitingen of gedrag te interpreteren. Dit kan ingewikkeld zijn, zoals ook bleek uit het concept ‘aansluiten’. ‘Aansluiten’ is extra van belang in situaties waarin de zorgontvanger geen invloed op een aantal zaken heeft. Denk bijvoorbeeld aan de keuze van de hulpverlener, het toegewezen krijgen van een (slaap)kamer en het zich moeten houden aan ‘huisregels’ tijdens een opname. De zorg kan zo weliswaar voldoen aan wet- en regelgeving, maar dat wil niet altijd zeggen dat het ook goede zorg is voor die persoon op dat moment (Van Heijst, 2011b).

Erkenning van de hulpverlener

Van Heijst plaatst de hulpverlener centraal wanneer ze de theorie van erkenning doordenkt voor zorgethiek. In een verkenning van de vraag ‘of men hen ziet staan’, focust ze op drie punten. Van Heijst zegt ten eerste dat het niet voldoende is om iemand te zien staan, maar dat dit moet gebeuren in de juiste hoedanigheid. Voor de zorgontvanger betekent dit erkent worden als iemand die iets mankeert en hulp nodig heeft. Voor hulpverleners is de bron voor erkenning in eerste instantie hun vakmanschap. Zij zetten hun kennis en kunde in om anderen te helpen. Plezier in de omgang met mensen en de waardering die zij terugkrijgen, is ook een vorm van erkenning. Dit kan blijken uit een opmerking, een aardigheidje, of een verzoek om geholpen te worden door een specifieke hulpverlener vanwege positieve ervaringen. Als tweede punt stelt Van Heijst dat de ontmoeting die in de zorgrelatie van twee kanten tot stand komt, waardevol is in zichzelf. Het voegt kwaliteit toe aan het leven van beiden. Tenslotte is werktijd ook ‘leef tijd’, zoals Van Heijst zegt (Van Heijst, 2011b).

Ten derde krijgen hulpverleners ook te maken met alle drie de vormen van miskennen die hiervoor benoemd zijn. Van Heijst onderscheidt zes vormen waarop miskennen tot uiting kan komen:

- miskennen vanuit de samenleving komt onder meer tot uiting in het onthouden van sociale waardering, een beperkt besef van de waarde van zorg en hulpverleners, beperkte middelen en media-aandacht, met name voor zorgtaken;
- kritiek kan als miskennen ervaren worden omdat het dan soms lijkt of in de zorg alles fout gaat en er alleen negatieve aandacht voor is.
- de manier waarop organisaties met hulpverleners omgaan, laat volgens Van Heijst parallellen zien met de wijze waarop hulpverleners met zorgontvangers omgaan. Gebrek aan erkenning vanuit organisaties kan zo ook invloed hebben op de kwaliteit van de zorg;

- Van Heijst stelt dat erkenning waaruit blijkt dat collega's elkaars werk de moeite waard vinden, kan ontbreken. In de zorg speelt rangorde soms nog een grote rol, waarbij functies bepalen wat van waarde zou zijn. Ook denken hulpverleners soms dat alleen zij het echte werk doen, terwijl de anderen alleen randvoorwaarden invullen. Erkenning is laten weten dat iemand iets goed doet en gewicht geven aan de verantwoordelijkheid van de ander, los van functie of rang;
- verzorgenden, helpenden, begeleiders en uitzendkrachten in instellingen krijgen structureel te weinig erkenning volgens Van Heijst. Zij staan vaak het laagst in de rangorde, terwijl ze wel het meest en intensiefst contact hebben met de zorgontvanger. In de praktijk moeten zij dikwijls zelfstandig handelen en ze hebben bovendien grote invloed op de kwaliteit van de leefsituatie van de zorgontvanger;
- miskennen door agressie van zorgontvangers kan diep ingrijpen op iemands identiteit en kan iemands vertrouwen aantasten. Geweld van zorgontvangers, die dit door hun aandoening niet aangerekend kan worden, is lastig om mee om te gaan. Toch hebben hulpverleners vaak geen keuze, omdat ze het niet kunnen ontlopen. Ook onbedoeld geweld kan volgens Honneth gezien worden als miskennen (Van Heijst, 2011b).

Deze miskennen van hulpverleners moet geadresseerd worden. Erkenning begint volgens Van Heijst met de erkenning van iemand in de juiste hoedanigheid. Bij de hulpverlener ligt de bron van erkenning in vakmanschap en de zorgrelatie die van beide kanten tot stand komt. Bij de zorgontvanger ligt de bron in het gezien worden als unieke persoon, die ziek is of een beperking ervaart en voelt dat de hulpverlener wezenlijk weet wie hij voor zich heeft en hem bijstaat. Hierin wordt het belang van de zorgrelatie duidelijk. (Van Heijst, 2011b).

Samenvatting

Van Heijst onderscheidt liefde, respect en (sociale) waardering als drie vormen van erkenning. Daartegenover staan drie vormen van miskennen: fysiek geweld, uitsluiten van rechten en niet voor vol worden aangezien (Van Heijst, 2011b). Uit het deelonderzoek in paragraaf 3.2 en het onderzoek van Dickert en Kass (2009) blijkt dat het begrip 'respect' door zorgontvangers breder wordt ingevuld dan Van Heijst doet. 'Respect' omvat dan alle drie de erkenningsvormen, evenals elementen van 'aansluiten' en 'vertrouwen', waarbij verschillende accenten worden gelegd door de diverse participanten. Erkenning is zowel voor de zorgontvanger als voor de hulpverlener van belang, om te kunnen komen tot een goede zorgrelatie, die van twee kanten tot stand komt.

4.3 Vertrouwen

Het concept ‘vertrouwen’ in de zorg is veel onderzocht en speelt in diverse zorgdisciplines een belangrijke rol. Uit verschillende *reviews* blijkt dat er een veelheid aan voorwaarden, eigenschappen en competenties van belang zijn om een vertrouwensrelatie op te kunnen bouwen en in stand te houden (Lynn-sMcHale & Deatrck, 2000; Dinc & Gastman, 2013). Dit overziend moet een hulpverlener welhaast over bovenmenselijke krachten beschikken en werken in ideale omstandigheden om een vertrouwensrelatie te kunnen realiseren. Om het concept verder te ontwikkelen en de gemeenschappelijke wetenschappelijke basis ervan te vinden is een conceptanalyse uitgevoerd (Hupcey, Penrod, Morse & Mitcham, 2000). Deze auteurs hebben het concept geanalyseerd op basis van uitputtend literatuuronderzoek uit verpleegkunde, sociologie, geneeskunde en psychologie. De auteurs beschrijven achtereenvolgens wat vooraf gaat aan het geven van vertrouwen, wat de kenmerken van vertrouwen, grenzen aan vertrouwen en uitkomsten van vertrouwen zijn. De auteurs komen uiteindelijk tot de volgende interdisciplinaire wetenschappelijke definitie van vertrouwen:

“Trust emerges from the identification of a need that cannot be met without the assistance of another and some assessment of the risk involved in relying on the other to meet this need. Trust is a willing dependency on another's actions, but it is limited to the area of need and is subject to overt and covert testing. The outcome of trust is an evaluation of the congruence between expectations of the trusted person and actions”.

Deze eenduidige opvatting van het concept ‘vertrouwen’ kan volgens de auteurs een bijdrage leveren aan multidisciplinaire samenwerking in de zorg (Hupcey et al., 2000).

Het blijft echter een wat abstracte weergave van het concept ‘vertrouwen’. Sevenhuijsen (1998) ziet vertrouwen vanuit een fenomenologische benadering als praktijk, in plaats van een abstract fenomeen. Dit biedt meer houvast voor de dagelijkse praktijk van een zorgrelatie.

4.3.1 Vertrouwen als praktijk

Sevenhuijsen heeft over vertrouwen geschreven in de context van afhankelijkheid, macht en kwetsbaarheid. Ze baseert zich daarbij op het werk van de moraal filosoof Baier (Sevenhuijsen, 1998). Zij ziet vertrouwen niet per definitie als ‘goed’. Uitbuiting gedijt volgens haar net zo goed op vertrouwen als vriendschap. Op basis van deze aanname zegt Sevenhuijsen dat vertrouwen beoordeeld moet worden vanuit een moreel standpunt. De centrale vraag is dan “wie kan ik vertrouwen, hoe en waarom”? Vertrouwen kan er volgens Sevenhuijsen gewoon zijn, dan wel spontaan of geleidelijk ontstaan (Sevenhuijsen, 1998).

Vertrouwen als relationeel fenomeen

In de kern is vertrouwen volgens Baier ‘vertrouwen op de goede wil van de ander’. Degene die vertrouwen geeft is afhankelijk de ander, voor iets dat van waarde is. Door deze afhankelijkheid is er tevens sprake van kwetsbaarheid. Wanneer iemand vertrouwen geeft, vertrouwt hij de ander iets toe. De centrale vraag verandert dan in “wat vertrouw ik de ander toe en waarom?” (Sevenhuijsen, 1998). De definitie van vertrouwen is volgens Baier:

“Letting other persons (or institutions, like firms or nations) take care of something the trustor cares about, where such ‘caring for’ involves some kind of discretionary powers”.

In deze definitie wordt vertrouwen breder neergezet, dan in een persoonlijke relatie en wordt de macht die ermee gemoeid is zichtbaar.

Sevenhuijsen ziet vertrouwen als uitwisseling van ‘geven om’ en ‘zorgen voor’. Mensen gaan er vaak vanuit dat men goed omgaat met dat wat toevertrouwd wordt. De mate waarin iemand zelfbewust en vrijwillig vertrouwen geeft en dit expliciet uit, kan echter variëren. Degene die vertrouwd wordt heeft in feite een tweezijdige machtspositie. Enerzijds kan hij een bijdrage leveren aan het welzijn van de ander, anderzijds heeft hij de macht om de ander te verwaarlozen, beschadigen of verraden (Sevenhuijsen, 1998). In hiërarchische situaties en structureel asymmetrische machtsrelaties wordt vertrouwen volgens Sevenhuijsen zeer bemoeilijkt. Waar de rechten slechts bij één partij liggen en/ of één van de betrokkenen geen werkelijke mogelijkheid heeft om uit de situatie te stappen, kan men nauwelijks spreken van wederzijds vertrouwen. De zwakkere partij is dan overgeleverd aan de goede wil van de ander. Dit gegeven wordt nog versterkt wanneer iemand al eerder negatieve ervaringen heeft gehad.

Wat het proces volgens Sevenhuijsen nog gecompliceerder maakt is dat de goederen die op het spel staan en de wederzijdse prestatie, door betrokkenen verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. Iemand kan denken dat hij goed heeft gehandeld terwijl toch niet voldaan werd aan de verwachtingen van de ander. De vraag is bovendien of de verwachtingen, op basis waarvan vertrouwen wordt geschonken, wel uitgesproken worden. Het is vanuit een moreel standpunt dan ook noodzakelijk om het perspectief van alle betrokkenen mee te wegen en samen te zoeken naar wat evaluatiecriteria kunnen zijn (Sevenhuijsen, 1998).

Vertrouwen als competentie

Tot zover is vertrouwen gezien als een relationeel fenomeen. Het is echter volgens Sevenhuijsen ook een competentie die ontwikkeld kan worden.

Als voorbeeld geeft ze het vertrouwen van jonge kinderen, dat nodig is om te kunnen overleven. Deze vorm van vertrouwen kan zich ontwikkelen tot een geïnternaliseerde vorm van het vermogen te vertrouwen en vertrouwd te worden. In het opvoeden van kinderen kan vertrouwen positief ontwikkelen, of beschadigd worden door een combinatie van afhankelijkheid, zorg en macht (Sevenhuijsen, 1998; Oudshoorn, 1985). Dit maakt de positie van kinderen uiterst kwetsbaar.

Sevenhuijsen stelt dat vertrouwen zich ook uitstrekt tot zelfvertrouwen. Ze zegt dat beide onderling verweven zijn, omdat zelfvertrouwen zowel een product is van, als een voorwaarde voor vertrouwen in de ander. Zelfvertrouwen kan alleen ontstaan door acceptatie en erkenning van anderen. Daardoor kan het gevoel ontwikkeld worden te mogen zijn wie men is en dat men er toe doet voor anderen. Dit komt overeen met wat Oudshoorn (1985) zegt over de ontwikkeling van de grondhouding van jeugdigen. Sevenhuijsen maakt onderscheid tussen basaal zelfvertrouwen, door Oudshoorn fundamenteel vertrouwen genoemd en situationeel zelfvertrouwen. Beide maken het mogelijk een ander iets toe te vertrouwen en dragen zo bij aan een omgeving van vertrouwen (Sevenhuijsen, 1998; Oudshoorn, 1985).

Een optimale machtsbalans maakt dat vertrouwensrelaties open, eerlijk en zelfgekozen kunnen zijn. Sevenhuijsen gaat er echter van uit dat afhankelijkheid, kwetsbaarheid en macht onderling verweven zijn en bij het leven horen. Op basis daarvan pleit ze ervoor te focussen op condities die vertrouwen bevorderen en schade beperken (Sevenhuijsen, 1998).

Sevenhuijsen stelt dat communicatie en onderling begrip, en daarmee een basis voor vertrouwen, vergroot worden door het in praktijk brengen van aandacht, verantwoordelijkheid, vakbekwaamheid en responsiviteit. Hierin wordt een verband zichtbaar met 'aansluiten' en 'erkenning'. In dat licht vindt Sevenhuijsen het belangrijk criteria te ontwikkelen waarmee zowel degene die iets in vertrouwen geeft, als degene die vertrouwd wordt, kunnen evalueren of verwachtingen wargemaakt worden. Het toepassen van het vermogen te vertrouwen is volgens Sevenhuijsen een individuele verantwoordelijkheid. Daarnaast is dit vermogen echter ook gelinkt met de sociale positie, verantwoordelijkheden en de expertise die daarmee verbonden is. Het verdient volgens Sevenhuijsen de voorkeur elke situatie tegemoet te treden met het vertrouwen dat de ander zijn rol waar zal maken. Reflectie kan helpen om dit complexe samenspel helder te krijgen of te houden (Sevenhuijsen, 1998).

4.3.2 Vertrouwen in ketens van relaties

Gilson schrijft over de relevantie van het concept ‘vertrouwen’ met betrekking tot gezondheidszorgorganisaties en -systemen. Naast de context van een-op-een-relaties is vertrouwen ook aan de orde op het niveau van complexe systemen. Daarin komt vertrouwen volgens Gilson vooral tot uiting in wet- en regelgeving, normen en gewoonten (Gilson, 2006). Gilson stelt dat het de verantwoordelijkheid van zorginstellingen en -organisaties is om een basis te creëren, waarin mensen vreemden kunnen vertrouwen en dit vertrouwen ontwikkeld kan worden. Vertrouwen maakt samenwerking mogelijk in organisaties waarin sprake is van ketens van relaties (Gilson, 2006). De context waarin de zorgrelatie tot stand komt is zoals eerder bleek ook van invloed op die zorgrelatie. Van Heijst stelt in dit kader dat in organisaties parallellen zichtbaar zijn in de manier waarop organisaties omgaan met hulpverleners en hoe hulpverleners met zorgontvangers omgaan (Van Heijst, 2011b). Gilson ziet vertrouwen als tweezijdig. Enerzijds is er sprake van een rationele, bijna instrumentele keuze om iemand te vertrouwen om een nood te lenigen. Anderzijds is vertrouwen moreel en gebaseerd op het geloof in de goede wil van anderen, wat waardevol is in zichzelf. Ze stelt dat vertrouwen een proces is dat aanvankelijk instrumenteel kan zijn, maar zich door communicatie en ervaring kan ontwikkelen. Volgens Gilson is er breed overeenstemming over het feit dat vertrouwen in hulpverleners het gedrag van zorgontvangers ondersteunt, dat nodig is om tot effectieve zorg te kunnen komen. Beide betrokkenen moeten gedrag laten zien dat de ander toestaat hen te vertrouwen (Gilson, 2006). Gilson wijst echter evenals Sevenhuijsen op gevaren van vertrouwen. Een te groot of misplaatst vertrouwen kan leiden tot machtsmisbruik. Hoe om te gaan met macht is in de zorg uiterst belangrijk vanwege de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van zorgontvangers (Gilson, 2006; Sevenhuijsen, 1998).

Drie inzichten met betrekking tot gezondheidszorgsystemen en – organisaties

Gilson komt tot drie inzichten in relatie tot zorgsystemen en –organisaties.

Ten eerste zegt ze dat kennis over het concept ‘vertrouwen’ leidt tot een beter begrip van zorgorganisaties. Het zijn geen ‘machines’ die gecontroleerd kunnen worden, maar sociale systemen. Hierdoor kan genuanceerder gedacht worden over hoe men dingen kan veranderen. Ten tweede biedt het kansen om gelijkheid en rechtvaardigheid in de zorg te herdenken in het licht van vertrouwen. Vertrouwen in relaties is volgens Gilson gebaseerd op het behartigen van belangen en niet op een besluit wie wat krijgt.

Omdat zorgorganisaties ‘goederen’ toevertrouwd krijgen, hebben ze volgens Gilson een morele plicht de zorgrelatie en medewerkers te beschermen. Dit kan door een omgeving te faciliteren waarin vertrouwen kan ontstaan en door regels en procedures te hanteren, die misbruik van macht kunnen voorkomen. Als derde en laatste ontstaan inzichten in welk soort beleid en managementactiviteit kunnen bijdragen aan betrouwbare en goede zorg. Managers en medewerkers moeten volgens Gilson niet alleen competent zijn, maar ook een houding van ethisch bewustzijn hebben. (Gilson, 2006). Dit sluit aan bij wat Sevenhuijsen (1998) zegt over het bevorderen van vertrouwen.

Samenvatting

Uit bovenstaande blijkt dat vertrouwen een proces is waarin expliciet sprake is van afhankelijkheid en macht. Men vertrouwt de ander iets toe dat van waarde is. Vertrouwen kan ontwikkeld worden of beschadigd raken. De macht zit hem in de wijze waarop omgegaan wordt met wat iemand toevertrouwd wordt vanuit een afhankelijke positie (Sevenhuijsen, 1998). Zowel individuele eigenschappen als de context hebben invloed op de mogelijkheid tot vertrouwen. Vertrouwen kan fundamenteel en/of situationeel en instrumenteel en/of moreel zijn. In organisaties is sprake van ketens van relaties. Deze verschillende relaties zijn van invloed op elkaar. Organisaties hebben volgens Gilson de morele plicht een basis te ontwikkelen waarin zorgontvangers vreemden kunnen vertrouwen. Een te groot of misplaatst vertrouwen draagt het risico van misbruik in zich. Organisaties kunnen, door een omgeving te creëren waarin vertrouwen zich kan ontwikkelen en door middel van regels en procedures, de zorgrelatie en medewerkers beschermen. Naast competent zijn moeten medewerkers en managers ook een houding van ethisch bewustzijn hebben omdat aan hen goederen toevertrouwd worden (Gilson, 2006).

Resumé

Ter afsluiting van dit deel van het hoofdstuk, waarin de drie concepten zijn beschreven, worden in de tabel hieronder de belangrijkste kenmerken van de drie concepten nogmaals op een rij gezet. Daarna wordt in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de samenhang en betekenis in beeld gebracht.

Concept	Kenmerken
Aansluiten	<ul style="list-style-type: none"> - open waarneming, de ander laten tellen en afgestemd besluiten - bewerkstelligen gevoels- en gedragsrespons vanuit een duurzame relatie - aansluiten is een professionele verantwoordelijkheid - de kwaliteit van ‘aansluiten’ bepaalt, met de zorgrelatie en voorwaarden, of er sprake is van goede afstemming van zorgvraag en zorgaanbod
Erkenning	<ul style="list-style-type: none"> - Van Heijst onderscheidt drie vormen van erkenning: liefde, respect en (sociale) waardering - Van Heijst onderscheidt drie vormen van miskening: fysiek geweld, uitsluiten van rechten en niet (voor vol) worden aangezien - erkenning is van belang voor de zorgontvanger en de hulpverlener om de zorgrelatie van beide kanten tot stand te laten komen
Vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> - een proces waarin expliciet sprake is van macht en afhankelijkheid, men is afhankelijk van de ander voor een nood die niet anders gelenigd kan worden - er staat een ‘goed’ op het spel dat men de ander toevertrouwd - vertrouwen kan fundamenteel, situationeel, instrumenteel en moreel zijn - vertrouwen speelt ook een rol in de ketens van relaties in organisaties, welke invloed hebben op de zorgrelatie

Deze processen zijn in de praktijk verweven met elkaar en vinden integraal plaats in zorgrelaties. Dit maakt de complexiteit van de zorgrelatie uiterst zichtbaar. Individuele personen en de interactie tussen degenen die de zorgrelatie vormgeven, als ook de context waarin de relatie vorm krijgt beïnvloeden deze processen. Er zijn vele aangrijpingspunten waar de zorgrelatie positief dan wel negatief beïnvloed kan worden.

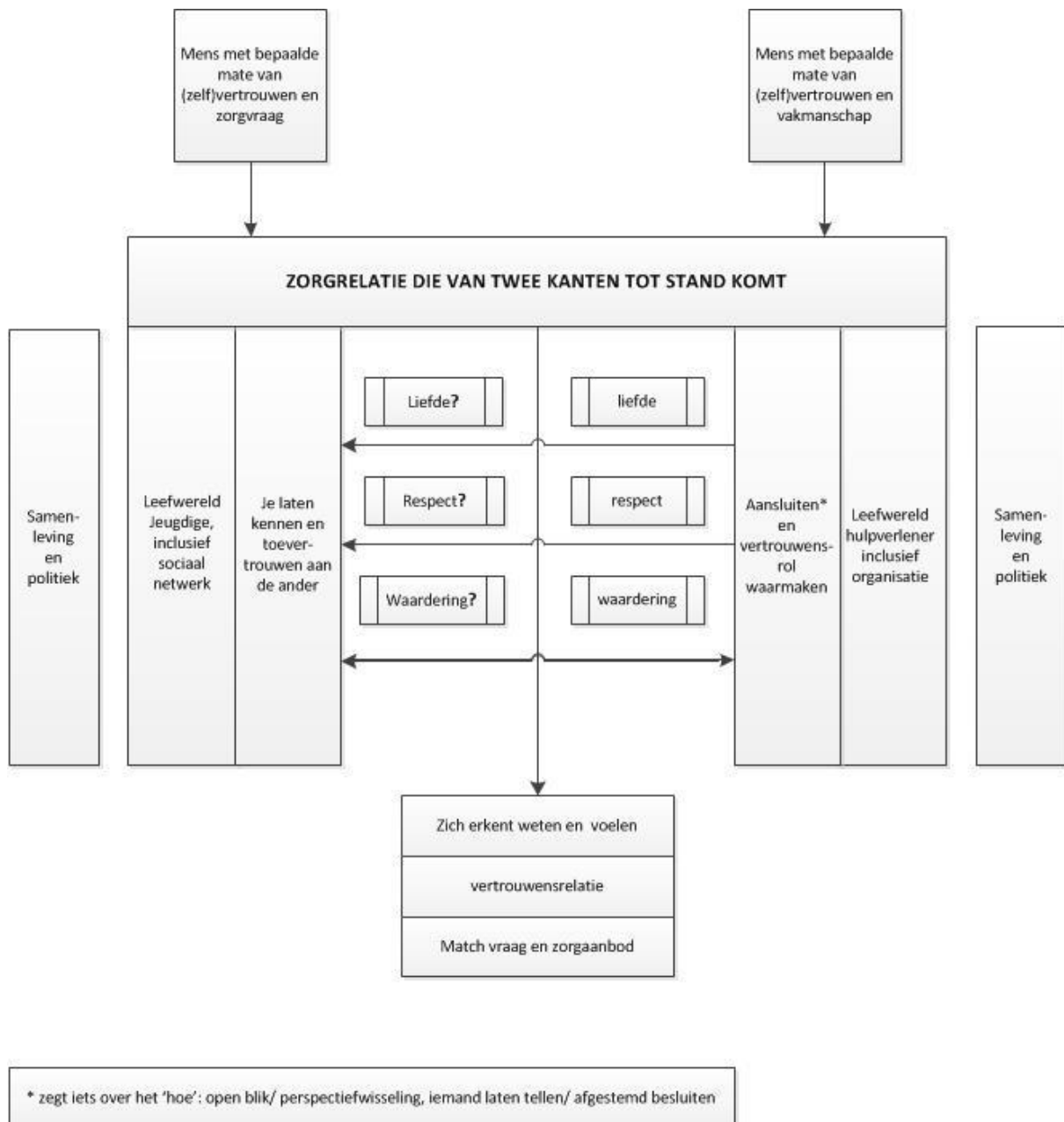
4.4 Samenhang en betekenis

De uitwerking zoals die door de auteurs is gegeven aan de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’, laat zien dat het gaat om complexe relationele processen. Gedrag gebaseerd op de uitwerking zoals die hier is beschreven, kan bijdragen aan een goede en effectieve zorgrelatie. Dit gedrag kan zowel een beweging naar de ander toe zijn, als gedrag dat de ander toestaat dichterbij te komen en (toe) te vertrouwen.

Samenhang

In de uitwerking van de beschreven concepten worden diverse verbanden zichtbaar. Zo is (zelf)vertrouwen enerzijds voorwaardelijk aan erkenning, maar ook het gevolg ervan. ‘Aansluiten’ is de wijze waarop erkenning, en in bepaalde mate ook vertrouwen, concreet vorm kan krijgen. Erkenning kent in de uitwerking door Van Heijst (2011b) drie vormen, waarin kenmerken van ‘aansluiten’ en een houding van ‘presentie’ zichtbaar zijn. Dit is vooral terug te zien in de erkenningsvormen liefde en (sociale) waardering. De erkenningsvorm respect wordt uitgewerkt in termen van gelijke rechten.

De drievoudige uitwerking van erkenning zoals Van Heijst die beschrijft, wordt in de praktijk vaak als ‘respect’ benoemd, met daarin ook elementen van ‘aansluiten’ en ‘vertrouwen’ (Deutch & Jones, 2008; Dickert & Kass, 2009). In alle concepten speelt wederkerigheid een centrale rol; een goede zorgrelatie komt van twee kanten tot stand. In onderstaande afbeelding wordt de samenhang, zoals die blijkt uit de beschrijving van de concepten, in beeld gebracht. Daarna volgt een toelichting op de afbeelding.



De zorgrelatie begint niet pas bij aanvang van de zorg. In de afbeelding wordt allereerst zichtbaar dat jeugdige en hulpverlener voorafgaand aan de zorgrelatie, beiden als unieke mens los van elkaar functioneren. Zij nemen beiden persoonlijke ‘bagage’ mee in de zorgrelatie. Deze persoonlijke eigenschappen kunnen een goede zorgrelatie bevorderen of bemoeilijken. Het tot stand komen van een goede zorgrelatie is een tijdnemend proces. Het ‘aansluiten’ van de hulpverlener en het zich ‘laten zien’ van de jeugdige, verbindt hun leefwerelden met elkaar. Vanuit die verbinding kan erkenning en in bepaalde mate vertrouwen tot stand komen. De mate waarin erkenning van twee kanten tot stand kan komen, wordt in de uitwerking door Van Heijst niet helemaal duidelijk. Vanuit de hulpverlener naar de zorgontvanger worden alle drie de vormen van erkenning zichtbaar. Omgekeerd ligt de basis voor erkenning van de hulpverlener in zijn vakmanschap en in het tot stand komen van de zorgrelatie van beide kanten. De zorgontvanger doet een beroep op het vakmanschap van de hulpverlener en deze is niet alleen professional maar ook medemens. Daaruit zou kunnen volgen dat in elk geval de erkenningsvorm (sociale) waardering, vanuit de zorgontvanger in bepaalde mate verwacht kan worden. Van Heijst stelt dan ook dat waardering die hulpverleners terug krijgen bijdraagt aan erkenning (Van Heijst, 2011b). Dit lijkt een wat beperkte uitwerking. In de discussie wordt hier nader op ingegaan.

Vertrouwen speelt een rol op alle niveaus. Fundamenteel vertrouwen en daarmee zelfvertrouwen, is aanwezig in elke unieke persoon. De mate waarin is afhankelijk van de veiligheid waarin iemand opgroeit. Tijdens het zorgproces kan sprake zijn van situationeel of instrumenteel vertrouwen. De jeugdige vertrouwt iets toe aan de hulpverlener. Deze moet zijn vertrouwensrol waarmaken.

Wanneer al deze processen positief verlopen is er sprake van een goede zorgrelatie in termen van ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’. Deze is in zichzelf goed en kan leiden tot een goede afstemming in zorgvraag en zorgaanbod en daarmee tot effectieve zorg. Deze manier van kijken laat zien dat de zorgrelatie veel meer is dan het uitvoeren van een juiste interventie of methodiek. Het laat ook zien hoe ongelooflijk complex een zorgrelatie is waarin al deze processen integraal vorm krijgen.

Context

In de afbeelding zijn naast de directe zorgrelatie ook het sociale netwerk van de jeugdige, de organisatie, de politiek en de samenleving zichtbaar. Dit heeft twee redenen.

Ten eerste zijn organisaties en politiek verantwoordelijk voor het faciliteren van zorgrelaties.

Voorwaarden als tijd en deskundigheid zijn nodig om deze kwaliteit in zorgrelaties te kunnen bereiken. Daarnaast hebben zij de morele verantwoordelijkheid om een basis te creëren waarin jeugdigen vreemden kunnen vertrouwen (Gilson, 2006). Ze vormen echter tevens een knelpunt door de toenemende focus op efficiëntie, (strategische) doelen en financiële beperkingen. Een pleidooi om hier bewust beleid op te maken lijkt dan ook op zijn plaats. De uitwerking zoals beschreven, kan hier argumenten en taal voor aanreiken. Juist in deze tijd, waarin de jeugdsector een transitie doormaakt, biedt het inzichtelijk maken van het belang en de complexiteit van de zorgrelatie kansen. Te denken valt aan kennisoverdracht naar de nieuwe beleidsmakers bij gemeenten, zodat er ook financiering voor beschikbaar wordt gesteld.

Ten tweede is het aannemelijk te veronderstellen dat de processen zoals deze plaatsvinden tussen hulpverlener en zorgontvanger, ook plaatsvinden tussen hulpverlener en organisatie en tussen organisatie en politiek. Deze parallelle processen en ketens van relaties zijn van invloed op de kwaliteit van de zorgrelatie (Van Heijst, 2011b; Gilson 2006). Een beter begrip van de beschreven concepten en hierover in gesprek gaan, kan deze processen positief beïnvloeden. De zorgrelatie staat, zoals blijkt uit dit onderzoek, niet op zichzelf.

De betekenis van concepten

De beschreven concepten krijgen hun betekenis in een juist begrip en toepassing ervan in de praktijk. Een juist begrip ontstaat echter pas wanneer concepten in hun samenhang bekeken worden, omdat gebleken is dat ze in de praktijk verweven zijn. Goossensen et al. stellen dat door de kennis en toepassing van concepten de kwaliteit van de zorgrelatie verbeterd kan worden. Daarmee kan een bijdrage worden geleverd aan goede zorg (Goossensen et al., 2014). Dit wordt bevestigd door wat jeugdigen zeggen over de waarde van concepten in het deelonderzoek binnen de jeugdsector, zoals weergegeven in paragraaf 3.2. Door de concepten te beschouwen als praktijken, worden ieders rol en gedrag, die helpend kunnen zijn in het realiseren van dit complexe proces, zichtbaar.

De uitwerking zoals die door de auteurs is beschreven laat me echter ook achter met een aantal vraagtekens. In hoofdstuk vijf zal ik kritisch reflecteren op de beschreven concepten en de bevindingen relateren aan de praktijk van de jeugdsector.

5. DISCUSSIE

Op basis van de uitwerking van de concepten, zoals beschreven in hoofdstuk vier, zal in dit hoofdstuk een discussie volgen over een viertal thema's, die zichtbaar zijn geworden en bij mij als onderzoeker vragen oproepen. Deze thema's zijn: de verschillende invulling van concepten; de actieve rol van de jeugdige; complicerende factoren in de jeugdsector en tot slot vertrouwen en erkenning in ketens van relaties. Elke paragraaf wordt afgesloten met een korte conclusie.

5.1 Concepten verschillend invullen

Uit het vorige hoofdstuk en uit de onderzoeken in de jeugdsector, blijkt dat participanten aan onderzoeken en auteurs van literatuur vaak een verschillende betekenis toekennen aan concepten. Dit draagt mijns inziens het risico van vervlakking en ongewenste reductie in zich. Het meest opvallend hierin is de invulling van respect als erkenningsvorm. Dit concept wordt door Van Heijst heel specifiek ingevuld als erkenningsvorm, in de zin van het hebben van gelijke rechten (Van Heijst, 2011b). In *bio-ethics* wordt respect vooral ingevuld als respect voor autonomie (Dickert & Kass, 2009). Uit het deelonderzoek in hoofdstuk drie en het onderzoek van Dickert en Kass wordt duidelijk dat het begrip 'respect' door zorgontvangers veel breder wordt opgevat. In de uitkomsten wordt zowel overlap met 'aansluiten' en de erkenningsvormen liefde en waardering zichtbaar als elementen van 'vertrouwen' (Deutch & Jones, 2008; Keinemans et al., 2010; Dickert & Kass, 2009). Wat van Heijst 'erkenning' noemt, wordt in de praktijk meestal 'respect' genoemd.

Daaruit volgt het risico dat deze concepten verworden tot een 'containerbegrip' waaraan ieder een eigen betekenis toekent. Verschillende interpretaties en uitwerkingen van concepten kunnen tot onduidelijkheid in de communicatie leiden. Dit betekent echter niet dat uitwerking van concepten niet belangrijk is. Ondanks deze verschillende interpretatie en invulling, is kennis van de uitwerking van concepten waardevol voor het aangaan en onderhouden van zorgrelaties. Deze kennis kan voeding geven aan de discussie over wat verstaan wordt onder deze begrippen en hoe ze hun werking kunnen krijgen in zorgrelaties. Deze discussie kan zowel academisch als in de praktijk gevoerd worden. Kennis van de juiste betekenis van concepten in hun context kan tevens richting geven aan gedrag dat de kwaliteit van de zorgrelatie kan verhogen.

Concluderend kan gezegd worden dat hulpverleners alert moeten zijn op de betekenis van deze concepten in de praktijk. Het verdient aandacht hierover in gesprek te gaan zowel met jeugdigen als collega's. Doel daarvan is communicatiestoornissen te voorkomen en te komen tot een goede toepassing van de concepten in de praktijk. Daarnaast vraagt de invulling ervan om discussie op academisch niveau, om te komen tot eenduidige toepassing in de zorg. Dit laatste betreft specifiek het concept 'respect' als erkenningsvorm.

5.2 De rol van de jeugdige

Mijns inziens blijft de rol van de jeugdige wat onderbelicht en passief in het realiseren van een goede zorgrelatie. Wat kan hij/zij zelf doen om de aansluiting tot stand te brengen en in hoeverre kan hij/zij ook erkenning geven aan de hulpverlener?

De jeugdige moet zich volgens Goossensen et al. laten kennen. Wanneer dit niet het geval is, is de hulpverlener ervoor verantwoordelijk dit alsnog te bewerkstelligen (Goossensen et al., 2014). De jeugdige lijkt zo zelf weinig invloed te hebben op het proces. Hier lijkt een spanning voelbaar tussen het mensbeeld vanuit de zorgethiek, de uitwerking ten aanzien van de (asymmetrische) zorgrelatie en de onderkenning en erkenning van beide leefwerelden. Op basis van het zorgethische mensbeeld vloeien uit de verbondenheid met anderen ook verantwoordelijkheden voort (Walker, 2007). Vanuit de asymmetrische zorgrelatie is de jeugdige weliswaar kwetsbaar en afhankelijk, maar heeft hij/zij tegelijk ook ervaring en kennis die er toe doet. Deze ervaring en kennis kunnen worden ontsloten en benut door een goede aansluiting (Klaver et al., 2013; Van Heijst, 2008). De verantwoordelijkheden van de jeugdige en het inzetten van diens ervaring en kennis, komen in de uitwerking echter maar zeer beperkt aan de orde. Een grotere verantwoordelijkheid voor de hulpverlener is te verklaren vanuit de ongelijke machtsbalans en professionele kennis van de hulpverlener (Baart, 2011; Grijpdonck, 2008). Dit betekent, gezien de zorgethische mensvisie, naar mijn idee echter niet dat de verantwoordelijkheid van de jeugdige daarmee verdwijnt. Dat zou mijns inziens geen recht doen aan het gedachtegoed van de zorgethiek, dat de jeugdige meer is dan zijn ziek(t)e of beperking, de totale mens moet gezien worden (Van Heijst, 2008, 2011b; Martinsen, 2011, Baart, 2011). Erkenning van de hulpverlener door de jeugdigen kan in deze spanning mogelijk iets betekenen.

In de uitwerking van Van Heijst wordt veel aandacht besteed aan miskennis die hulpverleners in allerlei vormen ervaren (Van Heijst, 2011b). Dit doet recht aan de leefwereld van de hulpverlener. Ook stelt Van Heijst dat de hulpverlener waardering terug kan krijgen voor de inzet van zijn vakmanschap.

Of en hoe de jeugdige kan bijdragen aan erkenning, of miskening kan beperken ten aanzien van de hulpverlener wordt echter niet verder uitgewerkt.

Ik wil hier een poging doen om de vormen van erkenning, zoals Van Heijst (2011b) die beschrijft in de richting van de zorgontvanger, om te zetten naar de hulpverlener en zien of dit een begaanbare weg zou kunnen zijn. De erkenningsvorm 'liefde' lijkt me in dit kader geen zinvolle ingang bieden. Voor een jeugdige die ziek is, of beperkingen ervaart en zich in de afhankelijke positie bevindt, is het wel erg veel gevraagd om ook nog oog te hebben voor de noden en afhankelijkheid van de hulpverlener. Dit betekent overigens niet dat het onmogelijk is. Respect biedt naar mijn mening meer kansen. De jeugdige kan de hulpverlener meer zien als (mede)mens in plaats van 'machine', of functionaris, die zorg levert en daarvoor immers betaald wordt. Door de hulpverlener als mens te zien wordt deze meer op gelijke voet gezet met de jeugdige. Sociale waardering kan betekenen dat de jeugdige de hulpverlener 'ziet' in zijn inzet als vakman en als persoon.

De vraag is vervolgens of erkenning door de jeugdige alleen kan ontstaan als reactie op goede zorg. Of kan deze vorm van erkenning ook vooraf gaan, en bijdragen aan het tot stand brengen van een zorgrelatie? De zorgrelatie die van twee kanten tot stand komt krijgt zo een extra dimensie. Voorwaarde hiervoor zou kunnen zijn dat de hulpverlener van meet af aan duidelijk is over wat de jeugdige al dan niet mag verwachten. Dit geldt als vakman en als persoon en voor de beperkingen die er zijn, bijvoorbeeld op het gebied van tijd of middelen. Daarnaast zal de mate waarin deze erkenning tot stand kan komen altijd afhankelijk zijn van de specifieke situatie van de zorgontvanger. Dit onderwerp vraagt naar mijn mening om verdere doordenking, die verder reikt dan in deze thesis mogelijk is.

Concluderend kan gezegd worden dat de ontwikkeling van een goede zorgrelatie van beide kanten en het beperken van asymmetrie, mogelijk kan worden bevorderd door het bespreken van ieders rol en positie. Het zou in mijn optiek wenselijk zijn dat er doorgedacht wordt over de actieve rol van jeugdigen in het geven van erkenning aan hulpverleners, in het licht van wederkerigheid en het zorgethische mensbeeld. Een leidende rol van de hulpverlener is gewenst. De zorgontvanger kan door hem bewust gemaakt worden van het belang van een zorgrelatie die van beide kanten tot stand komt en ieders rol hierin. Dit is tevens congruent met zijn rol als professional. Daarbij moet rekening gehouden worden met de kwetsbare positie van de jeugdige, echter zonder deze in een te afhankelijke en daarmee passieve rol te duwen. Daarnaast kan de hulpverlener de jeugdige vanuit van zijn vakmanschap uitnodigen of uitdagen zich te laten zien.

5.3 Complicerende factoren in de jeugdsector

In hoofdstuk twee zijn specifieke kenmerken in de jeugdsector zichtbaar geworden. Deze kenmerken kunnen naar mijn mening de toepassing van concepten behoorlijk bemoeilijken. Een jeugdige is nog in ontwikkeling in de zin dat hij/zij fysiek noch mentaal volgroeid is. Dit speelt, naast de uniciteit en specifieke context van de jeugdige en zijn stoornis of beperking, een belangrijke rol in het realiseren van aansluiting, erkenning en vertrouwen.

Bij jeugdigen speelt vertrouwen om twee redenen een expliciete rol. Ten eerste omdat bij hen vaak sprake is van een verstoorde ontwikkeling. Dit betekent dat hun basisvertrouwen beschadigd of niet ontwikkeld is (Oudshoorn, 1985). Hulpverleners zouden zich bewust moeten zijn van deze kwetsbare positie en het feit dat het daardoor niet zo vanzelfsprekend is om van jeugdigen vertrouwen te vragen. De vraag is in hoeverre dit het geval is. Ten tweede moet hun identiteit nog gevormd worden. In die ontwikkelingsfase zijn ze erg kwetsbaar en kan vertrouwen structureel beschadigd raken (Oudshoorn, 1985; Sevenhuijsen, 1998). Dit wordt bovendien nog versterkt door het feit dat veel jeugdigen in de jeugdsector niet daadwerkelijk de keuze hebben om een zorgrelatie te verbreken. Sevenhuijsen stelt dit als voorwaardelijk voor een open vertrouwensrelatie (Sevenhuijsen, 1998).

Ook in het licht van erkenning is de ontwikkelingsfase van jeugdigen van groot belang. Ten eerste omdat zij hun identiteit nog moeten vormen en zij dus structurele schade kunnen oplopen door onthouding van erkenning of miskennis. Ten tweede omdat ze, afhankelijk van hun leeftijd, soms geen zeggenschap hebben in te nemen besluiten.

De ontwikkelingsfase van de jeugdige kan gezien worden als onderdeel van de leefwereld. Complicerende factor is echter dat in de jeugdsector vaak geen sprake is van een duurzame of een-op-een-relatie. Zowel residentieel als in dagbehandeling werken hulpverleners in een team. Er is dus sprake van veel wisselende hulpverleners die met dezelfde jeugdige werken. Een jeugdige is dan ook deel van een groep waarin groepsdynamiek een rol speelt. Jeugdigen worden bovendien soms nog overgeplaatst als de behandeling of leeftijd dat vraagt, waardoor continuïteit ontbreekt. Ook mag het sociale netwerk van jeugdigen niet vergeten worden. Als deel van een gezin spelen de ouders en soms andere familieleden een wezenlijke rol in het zorgproces en daarmee in de zorgrelatie. Het is daarentegen ook zo dat het netwerk van jeugdigen soms zeer beperkt, of niet, betrokken is. De rechten van ouders met gezag dienen in elk geval behartigd te worden, waarbij tegelijkertijd zoveel mogelijk recht gedaan moet worden aan de jeugdige. Ik beperk me hier echter tot de directe zorgrelatie tussen jeugdige en hulpverlener.

Uit bovenstaande wordt zichtbaar dat de specifieke aspecten in de jeugdsector de moeilijkheidsgraad om te komen tot ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’, aanzienlijk lijken te verhogen. De vraag doet zich dan ook voor of er grenzen zijn aan het zoeken naar aansluiting en het geven van erkenning en vertrouwen. Goossensen et al. constateren weliswaar dat cliënten zich soms niet (kunnen) laten zien, maar wat de consequenties hiervan zijn en hoe hiermee om te gaan, wordt niet uitgewerkt. In dit kader wordt gezegd dat de professional in die situaties het vertrouwen moet (terug)winnen (Goossensen et al., 2014). Vertrouwen lijkt zo de enige oorzaak waardoor mensen zich niet (kunnen) laten zien. Ook individuele mogelijkheden, context en erkenning spelen echter een rol, zoals blijkt uit de beschrijving van de concepten.

In situaties waar ‘aansluiten’ niet lukt, kan men constateren dat er geen sprake van aansluiting is. Daarmee houdt de zorgrelatie echter niet in alle gevallen op te bestaan. In bepaalde situaties is het geen vrijblijvende keuze om al dan niet van hulpverlener te veranderen, of de zorgrelatie te verbreken. Ook de hulpverlener heeft die vrijheid niet altijd. Het recht op zorg is in de wet vastgelegd. Wanneer er een beperkt aanbod is, zal de zorg hoe dan ook geleverd moeten worden. Dit lijkt een lastig dilemma, dat niet eenvoudig oplosbaar is.

Concluderend kan gezegd worden dat de specifieke kenmerken van jeugdigen in de jeugdsector de realisatie van ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ aanzienlijk bemoeilijken. De grenzen van wat redelijkerwijs haalbaar is in het licht van deze concepten, zijn niet nadrukkelijk uitgewerkt in de bestudeerde literatuur. Dit geldt met name in situaties, waarin geen sprake is van duurzame of een-op-een-relaties. Tevens zou nader uitgewerkt kunnen worden hoe om te gaan met de consequenties, wanneer toepassing van de concepten, zoals beschreven, niet haalbaar is op een voor beiden acceptabel niveau.

5.4 Vertrouwen en erkenning in ketens van relaties

Door de uitwerkingen van Gilson (2006) en Van Heijst (2011b) wordt naar mijn mening een ‘open deur’ zichtbaar, die ondanks de bekendheid niet afdoende geadresseerd wordt in de praktijk. Kennis en toepassing van de beschreven concepten kan mogelijk helpend zijn. De uitwerkingen van Gilson (2006) en Van Heijst (2011b) bieden naar mijn mening twee waardevolle inzichten, die kunnen verhelderen wat in de praktijk van de jeugdsector en in de zorg in het algemeen, regelmatig gevoeld wordt. Gilson en Van Heijst verbreden de concepten ‘vertrouwen’ en ‘erkenning’ van een een-op-een-relatie naar relaties in sociale systemen als zorgorganisaties.

Ten eerste wordt hierdoor zichtbaar dat de zorgrelatie niet op zichzelf staat. Het is ieders verantwoordelijkheid binnen de organisatie om de kwaliteit van de zorg zo hoog mogelijk te laten zijn. Dat hulpverleners vaak problemen hebben met de uitvoering van de administratie en zich het liefst beperken tot zorgtaken, is echter algemeen bekend. Andersom klagen managers en stafleden soms dat hulpverleners het belang van een goede registratie en verantwoording onvoldoende op waarde schatten. Dit raakt het voortbestaan van de organisatie en daarmee de voorwaarden voor het leveren van goede zorg. Er lijkt sprake van een kloof en een zekere argwaan tussen hulpverleners en management, die niet ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg.

Ten tweede wordt met de uitwerking aannemelijk dat wat goed is in zorgrelaties, ook goed is voor werkrelaties door de organisatie heen. Mogelijk biedt 'erkenning in de juiste hoedanigheid', zoals Van Heijst (2011b) die beschrijft, handvatten, om vertrouwen in relaties binnen organisaties te bevorderen en argwaan weg te nemen. Bestuurders en managers zouden het toepassen van deze erkenningsvorm kunnen voorleven en stimuleren. Naar mijn mening is de wijze waarop men zijn functie uitvoert ook van belang in dit opzicht. De intentie het goede te doen in het licht van goede zorg, moet ten grondslag liggen aan ieders taakopvatting in zorgorganisaties. Wanneer gevoeld wordt dat iedereen werkt vanuit die intentie, kan onderling vertrouwen toenemen. Positieve samenwerking kan in voorwaardelijke sfeer en in het licht van parallelle processen bijdragen aan goede zorg. Aandacht voor misplaatst of te groot vertrouwen blijft echter op alle niveaus noodzakelijk, omdat hiërarchie en asymmetrie nooit volledig kunnen worden opgeheven en machtsmisbruik dus altijd een risico blijft.

Concluderend kan gezegd worden dat 'erkenning in de juiste hoedanigheid' zou kunnen bijdragen aan het realiseren van vertrouwen in de zorgrelatie, als ook breed in relaties door de organisatie heen. Dit kan tevens bijdragen aan goede en effectieve zorg. Kritische reflectie op alle niveaus van de organisatie, evenals waakzaamheid ten aanzien van misplaatst of te groot vertrouwen, kan hierin helpend zijn.

Na deze discussie volgt in het volgende en laatste hoofdstuk de conclusie en worden enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit onderzoek ben ik op zoek gegaan naar het antwoord op de vraag: welke inzichten biedt de uitwerking van concepten, die er toe doen in de persoonlijke zorgrelatie binnen de jeugdsector, vanuit zorgethisch perspectief en wat zeggen deze inzichten over de toepassing daarvan in een goede zorgrelatie binnen de jeugdsector? Het onderzoek heeft antwoord gegeven op de vraagstelling. De conclusie wordt hieronder kort weergegeven. Vervolgens zullen enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan.

6.1 Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ een dominante rol spelen in de zorgrelatie met jeugdigen. De uitwerking van de concepten op basis van zorgethische literatuur en empirisch kwalitatief onderzoek, laat een verdieping, explicitering en onderlinge verwevenheid van deze processen zien. Concepten krijgen hun betekenis in een juist begrip en de toepassing ervan in de praktijk. Een juist begrip ontstaat echter pas wanneer de concepten in hun samenhang bekeken worden, gezien het feit dat ze verweven zijn. De drie beschreven concepten vinden hun werking integraal binnen het proces dat de zorgrelatie is. Door de concepten te zien als praktijken, wordt ieders rol en gedrag, dat helpend kan zijn in het realiseren van deze processen, zichtbaar. De actieve rol van de jeugdige en consequenties van complicerende factoren in de jeugdsector, vragen mogelijk om nadere uitwerking. Het feit dat concepten verschillend worden ingevuld en de invloed van vertrouwen en erkenning in ketens van relaties, vragen om aandacht in de praktijk. Die aandacht moet niet alleen bij hulpverleners liggen, maar zeker ook bij managers en bestuurders. Zowel individuele kenmerken, interactie tussen alle betrokkenen, als ook de bredere context, zijn van invloed op de zorgrelatie. Relationele processen krijgen minder kans wanneer efficiëntie in organisaties en politiek de overhand krijgt. Dit vraagt om bewuste keuzes in beleid van organisaties en politiek. Het aangaan van een zorgrelatie met een jeugdige in de jeugdsector vraagt een extra inspanning van beiden. Dit geldt specifiek voor het zoeken naar wegen om in die context recht te doen aan alle betrokkenen in het licht van ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’. De beschrijving van de concepten geeft echter inspiratie en handvatten om die uitdaging aan te gaan en invloed te kunnen hebben op de situatie. Dit onderzoek maakt duidelijk dat naast vaktechnische competenties, ook kennis en toepassing van de uitwerking van deze concepten en ethisch bewustzijn en reflectie kunnen helpen een goede zorgrelatie tot stand te brengen. Het blijft echter mensenwerk, waarin ook taciete kennis, persoonlijke eigenschappen en het onverwachte een rol spelen.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van dit onderzoek naar de bijdrage van de uitwerking van concepten die er toe doen in de persoonlijke zorgrelatie binnen de jeugdsector ten aanzien van de zorgrelatie, wil ik kort drie aanbevelingen doen.

Ten eerste wil ik pleiten voor aandacht in de manier waarop de concepten ‘aansluiten’, ‘erkenning’ en ‘vertrouwen’ begrepen en toegepast behoren te worden in het licht van de zorgrelatie, die van beide kanten tot stand komt. De actieve rol van de zorgontvanger zou nadrukkelijker uitgewerkt kunnen worden.

De tweede aanbeveling betreft de gesignaleerde spanning tussen enerzijds het zorgethisch mensbeeld en anderzijds de asymmetrische zorgrelatie, zoals die in paragraaf 5.2 aan de orde is. Een discussie hierover lijkt zinvol, om scherp te krijgen hoe deze aspecten zich vanuit zorgethiek tot elkaar verhouden.

Tot slot als derde punt zijn de parallele processen tussen enerzijds hulpverleners en zorgontvangers en anderzijds politiek, organisaties en hulpverleners, punt van aandacht. Empirisch kwalitatief onderzoek in organisaties, naar de invloed van de keten van relaties ten aanzien van goede zorg, zou een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan het maken van beleid in politiek en organisaties.

BRONNEN

- Baart, A (2011). *Een theorie van presentie* (3^e druk). Den Haag: Boom uitgevers. ISBN 90-5931-321-7 (pbk)
- Barnhoorn, J. et al. (2013), "Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd" . *ZonMw* [elektronische versie]. Gevonden op: <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/kennisinventarisatie-client-professional-en-alliantiefactoren-gereed/> op 5-7-2014 om 14.55 uur.
- Beschrijving 'geïndiceerde jeugdzorg' (n.d.) [full text] . Gevonden op http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/HoofdstukI/Artikel1/geldigheidsdatum_23-04-2012 op 27-5-2014 om 15.45 uur.
- Boendermaker, L. K. van Rooijen, T. Berg en C. Bartelink (2013). Residentiele jeugdzorg: wat werkt? *Nederlands Jeugdinstituut* [elektronische versie]. Gevonden op: <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Wat-werkt/Onderwerpen/Wat-werkt-in-de-residentiele-jeugdzorg> op 16-5-2014 om 14.44uur.
- Definitie 'Concept'(n.d.). Gevonden op: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/concept> op 14-5-2014 om 13.41 uur.
- Deutch, N.L. en J.N. Jones (2008). "Show Me an Ounce of Respect": Respect and Authority in Adult-Youth Relationships in After-School Programs [electronic version]. *Journal of Adolescent Research* 2008 23: 667-688. DOI: 10.1177/0743558408322250
- Dickert, N.W. en N.E. Kass (2009). Understanding respect: learning from patients [electronic version]. *Journal medical ethics*; 35:419-423. Doi: 10.1136/jme.2008.027235
- Dinc, L. en C. Gastman. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review [electronic version]. *Nurse ethics* 201320: 501. Doi: 10.1177/ 0969733012468463
- Embregts, P. (2009). Lectoraat 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. *Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* [elektronische versie]. Arnhem: Han University Press.
- Erve, N. van, M. Poiesz en J.W. Veerman (2005). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten [elektronische versie]. *Kind en adolescent* 26:83-90. Doi: 10.1007/ BF03060946
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs [electronic version]. *Journal of Health Organisation and Managerment*, vol. 20 no. 5: 359-375. Doi: 10.1108/14777260610701768

- Goossensen, A. (red.), m.m.v. A. Baart, A. Bruurs, J. van Dijke, F. van Herwijnen, J. van de Kamp en E. Kuis (2014). *Schetsen van Mismatch* [elektronische versie]. Movisie.
- Goossensen, A. en A. Baart (2011). Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en **zorgzame zorg** [elektronische versie]. *Kwaliteit in zorg*, nummer 6.
- Grijpdonck, M. (2008). Report [electronic version]. *Nurs ethics* 15: 274. Doi: 10.1177/0969733007086025
- Heijst, A. van (2008). *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit* (5^e druk). Kampen: Uitgeverij Klement. ISBN 90-77070-39-7 (pbk)
- Heijst, A. van (2011a). *Professional Loving Care, An Ethical View of the Healthcare Sector* (Volume 2). Leuven: Peeters. ISBN 978-90-429-2520-5 (pbk)
- Heijst, A. van (2011b). *Iemand zien staan* (3^e druk). Kampen: Klement. ISBN 978-90-8687-014-1 (pbk)
- Hupcey, J. E., J. Penrod, J.M. Morse en C. Mitcham (2001). An exploration and advancement of the concept of trust [electronic version]. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 282-293.
- Karver, M.S., J.B. Handelsman, S. Fields en L. Bickman (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature [electronic version]. *Clinical Psychology Review* 26: 50–65.
- Keinemans, S. en M. Kanne (2010). *Morele wegwijzers. De morele dimensie van de hulpverlening aan adolescente moeders* [elektronische versie]. Utrecht: Hoge school van Utrecht.
- Klaver, K., E. van Elst en A.J. Baart (2013). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article [electronic version]. *Nurse Ethics*. Doi: 10.1177/0969733013500162
- Kuis, E.E., G. Hesselink en A. Goossensen (2013). Can quality of care ethical perspective be assessed? A review [electronic version]. *Nurse ethics*. Doi: 10.1177/0969733013500163
- Laursen, E. K. (2002). Seven habits of reclaiming relationships. Reclaiming children and youth [electronic version]. *The international child and youth care network. Vol.11. No.1* p 10-14.

- Lee, B.R., M. R. Munson, N.C. Ware, M.T. Ollie, L.D. Scott, jr. en J.C. McMillen, (2006). Experiences of and Attitudes Toward Mental Health Services Among Older Youths in Foster Care [electronic version]. *PSYCHIATRIC SERVICES, Vol. 57 No. 4*.
- Liang, B., R. Spencer, D. Brogan en M. Corral (2007). Mentoring relationships from early adolescence through emerging adulthood: A qualitative analysis [electronic version]. *Journal of vocational behavior*. Doi: 10.1016/j.jvb.2007.11.005
- Martinsen, E.H. (2011). Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye [electronic version]. *Health Care Anal 19:15-27*. Doi: 10.1007/s10728-010-0161-9
- McLean, S. (2013). Managing behaviour in child residential group care: unique tensions [electronic version]. *Child and family social work*. Doi: 10.1111/cfs.12083
- Meynen, G., Ralston, A. (2011). Zeven visies op een psychiatrische stoornis [elektronische versie]. *Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)12, 895-903*.
- Oudshoorn, D.N. (1985). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie, een pragmatisch leerboek*. Zaventem en Houten: Bohn Stafleu Van Loghem. ISBN 90-6001-935-0 (pbk)
- Rabley, S. (2011). A Cross-sectional Survey of Adolescents' Perceptions of their Relationships with Nonparental Caregivers in Group Home Settings: An Attachment Perspective [electronic version]. The University of Guelph, Ontario, Canada. Gevonden op: <https://atrium.lib.uoguelph.ca/xmlui/handle/10214/3079> op 16-5-2014 om 14.30 uur.
- Sander-Staudt, M. (2011). Care ethics. Internet Encyclopedia of Philosophy. A Peer-Reviewed Academic Source. Gevonden op: <http://www.iep.utm.edu/care-eth/> op 16-5-2014 om 14.40 uur.
- Sevenhuijsen, S. (1998). TOO GOOD TO BE TRUE? Feminist Considerations about trust and social cohesion [electronic version]. *IWM Working Paper No. 3/1998*: Wenen.
- Smith, M. K. (2003) 'Michael Polanyi and tacit knowledge', the encyclopedia of informal education. Gevonden op: <http://infed.org/mobi/michael-polanyi-and-tacit-knowledge/> op 20-5-2014 om 9.27 uur.
- Sterkenburg, P.G.J. en Verburg, M.E. (1996). *Van Dale, Handwoordenboek hedendaags Nederland (2^e druk in de nieuwe spelling)*. Utrecht en Antwerpen: Van Dale lexicografie. ISBN 90-6648-212-5 (hbk)
- Veldhuizen-van Zanten Min VWS (2012). Kamerbrief kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, kenmerk

DJ-U-3109396. Gevonden op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/04/02/kamerbrief-over-kwaliteitsbeleid-voor-de-brede-zorg-voor-jeugd.html> op 5-7-2014 om 14.50 uur.

- Walker, M. Urban (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics* . [electronic version] Oxford: University Press, p. 3-19.
- Yperen, T. A. van (red., 2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor jeugdzorg* [elektronische versie]. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Nederlands Jeugdinstituut. <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-bij-licht-verstandelijk-beperkte-jeugd>. Gevonden op 16-5-2014 om 14.48 uur.