

De toren van afhankelijkheid

Een zorgethisch onderzoek naar afhankelijkheid van zorgmedewerkers van de ondersteunende staf.



Vak: ZeB 70: Masterthesis

Begeleider: dr. Gustaaf Bos

Tweede lezer: dr. Alice Schippers

Examinator: prof. dr. Carlo Leget

Naam: Jasper Nederhoff (1021028)

Datum: 20 juli 2023

Aantal woorden: 21601

Afbeelding: Nederhoff, 2023

Voorwoord

Voor u ligt de thesis ‘De toren van afhankelijkheid’, een kwalitatief onderzoek naar een zorgethisch perspectief op de afhankelijkheid in de relaties tussen zorgmedewerkers en hun ondersteunende staf. Deze thesis is geschreven als afstudeeropdracht voor de materopleiding Zorgethiek en Beleid, aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht.

De opleiding Zorgethiek en Beleid heeft mij vele ervaringen, gevoelens en gedachten opgeleverd. De twee meest eruit springende ervaringen waren dat de sfeer, de samenwerking en gesprekken met klasgenoten en docenten en de aangeboden theorie als een warm bad voelde. Een bad vol met gedachten, waarvan ik altijd al wist dat het bestond, maar waar ik slechts beperkt woorden aan kon geven.

Bij dezen wil ik mijn begeleider Dr. G. Bos bedanken voor de fijne samenwerking. De begeleiding en ondersteuning tijdens dit traject heb ik als positief en behulpzaam ervaren. Door de constructieve gesprekken heb ik mij zowel gesteund als geïnspireerd gevoeld. De gedeelde liefde voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking was voelbaar en heb ik als waardevol ervaren.

Tot slot wil ik mijn moeder bedanken, zonder haar jarenlange steun was het mij niet gelukt om te komen waar ik nu ben. Afgelopen periode hebben wij beide onze eigen strijd geleverd, dit was zowel relativerend als verbindend. Met opgewektheid kijken wij uit naar de toekomst.

Ik wens u veel leesplezier.

Jasper Nederhoff

Utrecht, 18 juli 2023.

Samenvatting

Voor de aankomende jaren is de verwachting dat het tekort aan zorgpersoneel zal oplopen van zo'n 49 duizend medewerkers anno 2022 tot 135 duizend medewerkers in 2031. Voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de prognose dat de tekorten in de komende negen jaar verviervoudigen. Uit onderzoek is gebleken dat zo'n 40% van het zorgpersoneel wat net begint met werken in de zorg binnen twee jaar daar niet meer werkzaam is. In het onderzoek wordt dit als volgt verwoord: "de zorg is een vergiet". Het vertrek van personeel uit de zorg heeft diverse redenen. Een van de redenen van vertrek welke nog niet is onderzocht is de ervaring van afhankelijkheid in de relatie van de zorgmedewerker met diens aansturende staf.

In dit onderzoek stond de ervaring van afhankelijkheid van nieuwe zorgmedewerkers met hun aansturende staf centraal. Dit werd onderzocht door vier (zorgethische) auteurs: Kittay (2013), Van Heijst (2015), Noddings (2013) en Olivier-Pijpers (2020) te bestuderen. De bevindingen van de (zorgethische) auteurs werd in dialoog in gebracht met de empirische bevindingen van het fenomenologisch onderzoek. In het fenomenologisch onderzoek stond de geleefde ervaring van afhankelijkheid van vier nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers centraal. Het fenomenologisch onderzoek is gebaseerd op de methode ontwikkeld door Van der Meide (2014). Per zorgmedewerker zijn er twee diepte-interviews en twee observaties geweest.

Vanuit de (zorgethische) theorie valt te bezien dat afhankelijkheid iets inherent menselijk is. De mens is wederzijds afhankelijk, de mens heeft elkaar nodig en in deze afhankelijkheid bevindt zich een gevoel van wederkerigheid. Tevens is er een morele verplichting voor zorggevers omdat zij zorgontvangers ondersteunen. Ook binnen de professionele context is er sprake van afhankelijkheid.

Uit de analyse van interviews en observaties is gebleken dat er drie verbindende thema's te herkennen zijn in de ervaringen: *de kwetsbare balans tussen samen en alleen*, *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van aansturing* en *de destabiliserende emoties door ervaring van de afhankelijkheid*. Hierin zijn een aantal overeenkomsten, zoals: de frequente wisselingen van zorgmanagers, het niet gezien worden als mens, een gemis van aansturende staf die helpt wanneer nodig is en zorgmedewerkers die zich minder gehoord voelen.

Uit de dialoog tussen de theoretische bevindingen en de analyse van de interviews en observaties blijken bepaalde kernelementen van belang in de afhankelijkheid in de relatie

tussen zorgmedewerker en ondersteunende staf. De volgende kernelementen zijn van belang: afhankelijkheid zijn: stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen, vertrouwen, waardering, gezien worden, adequate ondersteuning, gelijkwaardige machtsverhoudingen en wederkerigheid in de relatie.

Er wordt geconcludeerd dat de mate waarin deze kernelementen aanwezig zijn de mate van de ervaring van afhankelijkheid bepalen. Niet alle kernelementen hoeven noodzakelijkerwijs aanwezig te zijn, maar indien er een aantal slechts gedeeltelijk aanwezig zijn creëert dit een precare situatie voor de zorgmedewerker. Dit heeft een weerslag op de wens voor zorgmedewerkers om elders te gaan werken.

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Voorwoord..... | 2 |
| Samenvatting..... | 3 |
| 1. Problemativering en relevantie | 9 |
| 1.1 Aanleiding | 9 |
| 1.2 Maatschappelijke relevantie..... | 9 |
| 1.3 Wetenschappelijke relevantie..... | 11 |
| 1.4 Vraagstelling | 13 |
| 1.5 Doelstelling | 13 |
| 2. Methode | 14 |
| 2.1 Eigen positie van zorgethisch onderzoeker..... | 14 |
| 2.2 Onderzoeksbenadering theoretische onderzoek..... | 15 |
| 2.3 Onderzoeksbenadering empirisch onderzoek | 16 |
| 2.4 Onderzoeksmethode..... | 17 |
| 2.5 Werving..... | 18 |
| 2.6 Casusdefinitie en onderzoekseenheid | 19 |
| 2.7 Dataverzameling | 19 |
| 2.8 Data-analyse..... | 21 |
| 2.8.1 Tekstuele portretten..... | 21 |
| 2.8.2 Codering tekstuele portretten | 23 |
| 2.9 Fasering..... | 23 |
| 2.10 Ethische overwegingen | 23 |
| 3. Theoretisch kader..... | 24 |
| 3.1 Zorgethiek | 24 |
| 3.2 Normatief kader | 25 |
| 3.3 Centrale begrippen | 26 |
| 3.3.1 Organisatiestructuur van de zorgorganisatie | 26 |
| 3.3.2 Behoud | 27 |

| | |
|---|----|
| 3.4 Afhankelijkheid..... | 27 |
| 3.4.1 Afhankelijkheid..... | 27 |
| 3.4.2 Zorgethische afhankelijkheid..... | 28 |
| 3.4.3 Afhankelijkheid en erkenningsdynamiek..... | 31 |
| 3.4.4 Practise leadership | 33 |
| 3.5 Sensitizing concepts..... | 33 |
| 3.6 Conclusie..... | 34 |
| 4. Empirische bevindingen..... | 36 |
| 4.1 Korte voorstelling van de zorgmedewerkers | 36 |
| 4.2 De kwetsbare balans tussen samen en alleen..... | 38 |
| 4.2.1 Kwetsbaarheid door afwezigheid stabiliteit zorgmanager | 38 |
| 4.2.2 Gevoel van terecht kunnen bij aansturende staf voor ondersteuning | 39 |
| 4.2.3 Gevoel (niet) gewaardeerd/ vertrouwd te worden | 40 |
| 4.3 De kwetsbaar balans tussen samenwerken en missen van samenwerking | 41 |
| 4.3.1 Afwezigheid van aansturing op de werkvloer..... | 41 |
| 4.3.2 Aansturende staf die mij helpt wanneer nodig is | 42 |
| 4.3.3 Ervaring van het gemis van persoonlijke betrokkenheid/gezien worden als mens | 43 |
| 4.3.4 Spanning tussen perspectief gedragsdeskundige en team..... | 44 |
| 4.4 De ervaren destabiliserende emoties door ervaring van afhankelijkheid | 45 |
| 4.4.1 Gevoel van onmacht | 45 |
| 4.4.2 Twijfel over haar eigen bekwaamheid | 45 |
| 4.4.3 Gevoel van kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid | 45 |
| 4.4.4 Gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen | 46 |
| 4.5 Conclusie..... | 46 |
| 5. Dialoog tussen theorie en empirie..... | 48 |
| 5.1 Behoud van zorgmedewerkers | 48 |
| 5.2 Is er stabiliteit in de relatie met ondersteunende staf voor afhankelijkheid?..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 5.3 Ervaar ik nabijheid in de afhankelijkheid? | 49 |
| 5.4. Ervaar ik de samenwerking als zorgmedewerker als positief? | 51 |
| 5.5 Word ik gezien als individu? | 53 |
| 5.7 De kernelementen van afhankelijkheid..... | 56 |
| 5.8 Conclusie..... | 56 |
| 6. Conclusie, discussie, beperkingen en aanbevelingen | 57 |
| 6.1 Conclusie..... | 57 |
| 6.1.1 Theoretische zorgethische visie op afhankelijkheid | 57 |
| 6.1.2 Empirische bevindingen betreffende afhankelijkheid..... | 58 |
| 6.1.3 Dialoog tussen theoretische- en empirische bevindingen..... | 59 |
| 6.2 Discussie | 64 |
| 6.2.1 Wederzijdse verantwoordelijkheid | 64 |
| 6.2.2 Verhoudingen tussen de rol van de coördinator en zorgmanager binnen de organisatie | 65 |
| 6.3 Beperkingen | 66 |
| 6.4 Kwaliteitscriteria..... | 66 |
| 6.4.1 Interne validiteit | 67 |
| 6.4.2 Externe validiteit..... | 67 |
| 6.4.3 Betrouwbaarheid | 68 |
| 6.5 Aanbevelingen voor de praktijk | 68 |
| 6.6 Aanbevelingen voor het vervolgonderzoek | 68 |
| Literatuurlijst..... | 70 |
| Bijlage A Reflexief dagboek | 75 |
| Bijlage B Datamanagementplan | 78 |
| Bijlage C Transcript | 79 |
| Bijlage D Observatie..... | 89 |
| Bijlage E Geleefde ervaringen | 91 |

| | |
|---|-----|
| Bijlage F Tekstuele Portretten (gecodeerd)..... | 101 |
| Bijlage G Coderingschema | 115 |
| Bijlage H Fasering | 122 |

1. Problemativering en relevantie

In dit hoofdstuk is de aanleiding van dit onderzoek verwoord (§1.1). Tevens is de maatschappelijke relevantie van het onderzoek verwoord, waarin kort uiteen gezet is waarom het van belang is om nieuwe zorgmedewerkers te behouden (§1.2). Daarna volgt de wetenschappelijke relevantie, hier is kort omschreven wat er al bekend over behoud van nieuwe zorgmedewerkers (§1.3). Waaruit vervolgens de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek zijn verwoord (§1.4). Tot slot, zijn de doelstellingen van dit onderzoek omschreven (§1.5).

1.1 Aanleiding

Sinds 2010 ben ik met veel liefde werkzaam op woonlocaties voor mensen met een verstandelijke beperking. In het ruime decennium waarin ik werkzaam ben op deze woonlocaties heb ik de krapte op de arbeidsmarkt zien groeien; het wordt al geruime tijd lastiger om personeel te vinden. Bijna parallel aan deze ontwikkeling heb ik het verloop van het personeel zien toenemen, medewerkers werken gemiddeld steeds korter op een vaste locatie.

Deze tweeledige ontwikkeling heeft ertoe geleid dat begeleidingsteams suboptimaal functioneren. Ik vind dit zorgwekkend. Zorgwekkend voor de medewerkers die in een suboptimale werkomgeving een uitdagend taak hebben. Maar ook zorgwekkend voor de mensen die er wonen; zij die zo hard de warmte en compassie van een vaste relatie verdienen, worden geconfronteerd met steeds wisselende begeleiders. Vanuit mijn huidige functie als teamcoach draag ik bij aan het functioneren van het team en de kwaliteit van zorg die zij verlenen, ik ervaar hoe kwalijk het verloop is voor een team en de zorg die zij leveren.

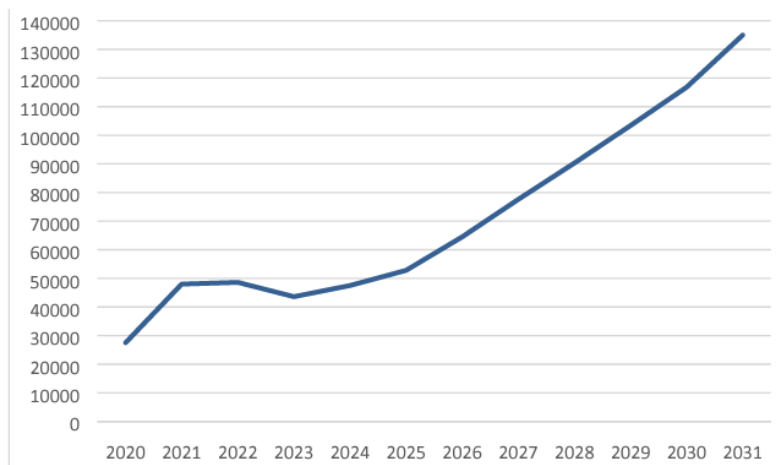
Ik vraag mijzelf daarom al jaren af; hoe kunnen we medewerkers die werkzaam zijn met mensen met een verstandelijke beperking behouden? In deze thesis hoop ik op deze vraag deels een antwoord te kunnen vinden.

1.2 Maatschappelijke relevantie

Het toegenomen verloop is niet alleen zichtbaar bij de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Uit de onderzoekscommissie ‘Werken in Zorg’ onder leiding van bestuurder en commissievoorzitter Terpstra bleek dat zo’n 40% van het zorgpersoneel wat net begint met werken binnen twee jaar buiten de zorgsector werkzaam is (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Terpstra vat dit verloop samen als: “de zorg is een vergiet”. Uit ander onderzoek specifiek onder jongeren werkzaam in de zorg blijkt dat slechts

50% van de jongeren hun zorgopleiding afrondt, waarvan na diplomering ook nog eens 10% na het eerste jaar stopt met werken in de sector (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). In 2020 is 21% van de werknemers in de categorie jonger dan 25 jaar uitgestroomd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Het is niet verwonderlijk dat het landelijke tekort aan zorgpersoneel in 2022 daarmee gestegen is tot 49 duizend (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023).

Voor de aankomende jaren is de verwachting dat het tekort aan zorgpersoneel zal oplopen van zo'n 49 duizend medewerkers anno 2022 tot 135 duizend medewerkers in 2031 (Nederlandse Omroep Stichting, 2023a). Dit komt door de dubbele vergrijzing: dit houdt in dat relatief meer arbeidskrachten met pensioen gaan en gelijktijdig er meer zorgbehoevenden zijn en daarmee meer zorgmedewerkers nodig zijn.



Bron: ABF Research

Figuur 1: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023b).

Voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de prognose dat de tekorten in de komende negen jaar verviervoudigen. In 2022 bestond het tekort uit zo'n 2100 medewerkers, dit zal in 2031 stijgen naar 8800 medewerkers (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023).

| | 2022 | 2031 |
|---|---------------|----------------|
| Universitair medische centra | 2.600 | 6.500 |
| Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg | 9.900 | 24.400 |
| Geestelijke gezondheidszorg | 4.200 | 9.300 |
| Huisartsen en gezondheidscentra | 1.600 | 3.300 |
| Overige zorg en welzijn | 3.000 | 10.600 |
| Verpleeghuiszorg | 17.900 | 51.900 |
| Thuiszorg | 6.100 | 15.400 |
| Gehandicaptenzorg | 2.100 | 8.800 |
| Jeugdzorg | 700 | 1.900 |
| Sociaal werk | 600 | 2.800 |
| Totaal | 48.600 | 135.000 |

Figuur 2: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) in 2022 en 2031, uitgesplitst naar branche. (Ministier van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023).

De uitdaging van de tekorten in de zorg is van zo'n grote mate dat elke Nederlander hiermee te maken gaat krijgen. Dit kan bijvoorbeeld zijn doordat burgers gemotiveerd worden om meer te gaan werken in de zorg, of doordat zij geconfronteerd worden met een morele verplichting om mantelzorg te verlenen (Radio Television Luxembourg, 2023a). Ook de zorgbehoevende burger zal dit tekort gaan merken, zo zal er minder tijd voor psychosociale behoeften zijn, vaker zullen ongeschoolde zorgmedewerkers worden ingezet of mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn (Avans+, 2023; Nederlandse Omroep Stichting, 2023b; Radio Television Luxembourg, 2023b). Tot slot zullen ook de zorgverleners merken dat hun werkdruk toeneemt, dat er meer van hen gevraagd wordt en dat de kwaliteit van zorg verlaagd zal worden (Avans+, 2023).

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Uit onderzoek is bekend dat de hoge werkdruk in de zorg bijdraagt aan minder behouden van het personeel (Bakker et al., 2018; Unmasky & Rantanen, 2016). Specifiek voor de beginnende zorgmedewerker valt het werken zwaar (Bakker et al., 2018). Voor de beginnende professional kenmerkt de eerste periode van werken zich door shock en rolaanpassing, wat tot stress en angst kan zorgen en ze daarmee kwetsbaarder maakt voor uitval (Beecroft et al., 2008; Blomberg et al., 2016; Hezaveh et al., 2013). Hierdoor zijn de redenen om toch te blijven werken anders voor beginnende zorgmedewerkers dan voor ervaren verpleegkundigen (Bakker et al., 2018).

Ook is uit onderzoek bekend dat de frequentie en intensiviteit van agressie van invloed is op de ervaring van werkdruk van de zorgmedewerker (Boyas & Wind, 2010). Uit onderzoek naar organisatiecontext en de invloed ervan op probleemgedrag is gebleken dat de houding van

de ondersteunende staf naar de zorgmedewerker toe van invloed is op de frequentie en intensiviteit van het probleemgedrag (Olivier-Pijpers, 2020; Olivier-Pijpers & Landman, 2020). Met ondersteunende staf wordt zowel de zorgmanager, gedragsdeskundige als coördinator bedoeld. De manager en gedragsdeskundige hebben beide een andere functie en takenpakket maar streven hetzelfde doel na: de kwaliteit van de zorg voor de zorgontvangers (zie (§2.3.1. voor verdere uitwerking van deze begrippen).

Orthopedagoog en onderzoekster naar organisatiecontext en probleemgedrag Vanessa Olivier-Pijpers (2020) noemt de interactie tussen zorgmedewerker en ondersteunende staf de erkenningsdynamiek. Centrale vraag in de erkenningsdynamiek is “word ik wel gezien en gehoord?”.

De vraag “word ik wel gezien?” staat ook centraal binnen de zorgethiek. In de zorgethiek wordt het concept zorg gezien als een complexe interactie van denken en doen, die plaatsvindt binnen een sociale praktijk, en die erop is gericht dat mensen zo goed mogelijk kunnen leven in een gedeelde wereld (Tronto, 1993). En van de centrale onderwerpen binnen de zorgethiek is afhankelijkheid. Volgens de zorgethiek is de mens een afhankelijk wezen, omdat elk mens in min of mindere mate afhankelijk is van zorg van andere (e.g. Kittay, 2013; Noddings, 2013, Van Heijst, 2005). Volgens de zorgethiek is het van belang deze afhankelijkheid, en daarmee deze geboden zorg te, erkennen (Kittay, 2013; Noddings, 2013, Van Heijst, 2005)..

Ook binnen de erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) is er sprake van afhankelijkheid. De zorgmedewerker is daarin afhankelijk van de kwaliteit van de ondersteuning die ontvangen wordt van de ondersteunende staf. Vanuit zorgethische perspectief is de afhankelijkheid ook wederkerig (zie §2.4), echter richt dit onderzoek zich specifiek op de afhankelijkheid van de zorgmedewerker van de ondersteunende staf.

Binnen de erkenningsdynamiek gaat het volgens Olivier-Pijpers (2020) om het ervaren en voelen dat er aandacht is voor emotionele behoeften, en dat er op deze behoeften wordt ingegaan. Olivier-Pijpers (2020) is tot deze inzichten gekomen door semigestructureerde interviews af te nemen met medewerkers van verschillende functies van vier verschillende organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking, en heeft deze inzichten in verhouding gebracht met het gedrag van de zorgontvangers.

Vanuit de literatuur is bekend dat de erkenningsdynamiek tussen de ondersteunende staf zich verhoudt tot het gedrag van de zorgontvanger (Olivier-Pijpers, 2020). Tevens leidt meer

probleemgedrag tot een hogere werkdruk (Boyas & Wind, 2010; Travis et al., 2016). Hoge(re) werkdruk is van invloed op ziekteverzuim en behoud van personeel (Bakker et al., 2018; Unmasky & Rantanen, 2016). Hoge(re) werkdruk is voor nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers zwaarder (Bakker et al., 2018). Er is echter nog onbekend wat nieuwe, net-afgestudeerde medewerkers ervaren in de erkenningsdynamiek met hun ondersteunende staf, en hoe zij denken over blijven werken op een locatie. Het is daarom dat dit onderzoek zich richt op de geleefde ervaring van de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerker van de erkenningsdynamiek van hun ondersteunende staf.

1.4 Vraagstelling

Hoofdvraag: Hoe ervaren nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers de erkenningsdynamiek, en wat is hun ervaring van afhankelijkheid (in de professionele context) daarin, en wat voor inzichten geeft dit ten behoeve van behoud van nieuw personeel?

Deelvragen:

- Wat is er vanuit de (zorgethische) literatuur bekend over afhankelijkheid (in de professionele context)?
- Wat is de essentie van de geleefde ervaring van de erkenningsdynamiek van de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers en wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin?
- Welke inzichten geeft de dialoog tussen empirie en theorie over de afhankelijkheid en de erkenningsdynamiek, ten behoeve van behoud van nieuw personeel?

1.5 Doelstelling

De interne doelstelling van dit zorgethische onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de geleefde ervaring van erkenningsdynamiek en afhankelijkheid van nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers van de ondersteunende staf.

De externe doelstelling van dit onderzoek is met dit inzicht een zorgethische bijdrage leveren aan de ontwikkeling van adequate ondersteuning aan nieuwe zorgmedewerkers opdat zij langer behouden kan blijven.

In het volgende hoofdstuk is omschreven hoe dit onderzoek is gedaan, welke methode er is gehanteerd en hoe het proces met betrekking tot de werving van de zorgmedewerkers is verlopen

2. Methode

In dit hoofdstuk is de onderzoeksmethode voor zowel het empirische als het theoretische gedeelte van het onderzoek verwoord. Allereerst is de eigen positie van zorgethische onderzoek omschreven (§2.1). Waarna de onderzoeksbenadering omschreven is, hierbij gaat om het theoretische- (§2.2) en empirische gedeelte (§2.3). Vervolgens staat de onderzoeksmethode omschreven (2.4), hier is verwoord welke methode binnen de benadering gekozen is. In de daaropvolgende paragraaf (§2.5) is de wijze van werving van de zorgmedewerkers omschreven. Daarna is de casusdefinitie en onderzoekseenheid is omschreven (§2.6), waarbij tevens de onderzochte zorgmedewerkers zijn benoemd. Vervolgens is de dataverzameling (§2.7) en data-analyse (§2.8) te vinden. Daaropvolgend is de fasering van het onderzoek verwoord (§2.9). Tot slot, zijn de ethische overwegingen opgeschreven (§2.10).

2.1 Eigen positie van zorgethisch onderzoeker

Ik heb als individu, als zorgmedewerker en als zorgethisch onderzoeker, eigen ervaringen opgedaan. Deze ervaringen kleuren de perceptie van mijn waarnemingen. Ik vind het belangrijk om mijn positionering ten opzichte van de zorgmedewerkers, de context waarin zij werken, de organisatie en de onderzoeksvraag kort te benoemen. Dit is namelijk van invloed hoe ik de interviews heb afgenomen, de data heb geanalyseerd en uiteindelijk de zinnen heb geconstrueerd in deze thesis. Ik zal dit doen verwoorden aan de hand van *fore-having's*, *fore-sight's* en *fore-conception*. *Fore-having's* gaan over mijn kennis en interesse in het te onderzoeken onderwerp. *Fore-sight's* heeft betrekking tot de toekomst en de wijze waarop ik naar de data kijk. In *fore-conception* richt ik mij op de verwachtingen van dit onderzoek.

Ik ben ruim 13 jaar geleden begonnen met het werken in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Na het afronden van mijn mbo-opleiding ben ik lang werkzaam geweest als zorgmedewerker. Ik werkte uitsluitend op groepen met een hoge begeleidingsintensiviteit. Hier heb ik het verloop van nieuwe medewerkers ervaren, en zo zijn er bepaalde vooronderstellingen ontstaan. Een van mijn *fore-having's* is dat ik de precaire positie van de zorgmedewerkers de laatste jaren vergroot vind door tal van omstandigheden, maar specifiek door tekort aan personeel. Ik ben van mening dat de kwaliteit van zorg hierdoor lager wordt. De invloed hiervan op het welzijn van de zorgontvanger en zorgmedewerker baart mij zorgen. Ik denk dat de onderzochte zorginstelling veel moeite steekt in het minimaliseren in het effect hiervan, echter meen ik dat de positie en urgentie voor de zorgmedewerkers niet

voldoende op waarde wordt geschat. De zorgmedewerkers op de werkvloer ontvangen mijns inziens meestal een suboptimale ondersteuning. Over gesimplificeerd verwoord komt, in mijn perceptie, de ondersteuning er meestal op neer dat zorgmedewerkers onderschat of overvraagd worden. Beide leidt ertoe dat ze niet het gevoel van controle ervaren. Ik voel daarom een grote sympathie en verantwoordelijkheid tegenover deze medewerkers. In de toekomst zal ik als gedragsdeskundige betrokken zijn bij deze medewerkers, ook hierin heb ik vooronderstellingen wat goede ondersteuning zou moeten zijn: veel nabijheid, betrokkenheid en maatwerk zijn volgens mij helpende kenmerken.

Gelijktijdig ben ik als individu optimistisch ingesteld, dit heeft invloed op mijn *fore-sights*. Ik denk dat er ruimte voor verbetering is, en dat deze benut kan worden. Ik denk dat de mens zorgzaam, oplossingsgericht en verbindend is. Dit zal er in mijn optiek toe leiden dat er nieuwe vormen van zorgen gevonden zullen worden, waarmee zowel de zorg voor de zorgmedewerkers, als de zorgontvangers, niet (te) schrijdend zal worden.

Tot slot, is mijn *fore-conception* dat dit onderzoek bij kan dragen aan de ontwikkeling van deze nieuwe vormen van zorgen. Een ontwikkeling waarbij meer oog is voor de zorgmedewerker.

Om de consequenties van mijn eigen positie en vooronderstellingen te minimaliseren heb ik gebruik gemaakt van *bracketing* en *bridling*. Deze heb ik tijdens elke fase van het onderzoek in de kantlijn gezet en verwerkt in het reflexieve logboek (zie Bijlage A). Omdat ik tijdens het onderzoek merkte hoe ingewikkeld dit was, en soms wat minder adequaat hiermee bezig was, heb ik de teksten meerdere malen bestudeerd. Tijdens het lezen heb ik drie onderwerpen centraal gezet. De eerste is medelijden met de positie van de zorgmedewerker, de tweede is optimistisch over de toekomst en de derde is bijdrage van eigen onderzoek. Tevens heb ik in het reflexieve logboek mijn vooronderstelling verwoord.

2.2 Onderzoeksbenadering theoretische onderzoek

Elke wetenschappelijke discipline heeft een eigen doelstelling. Een klassiek verschil is zichtbaar tussen natuurwetenschappen en sociale wetenschappen. In de natuurwetenschappen ligt het doel op verklaren van oorzakelijke verbanden, in de sociale wetenschappen gaat het om begrijpen van betekenissen (Creswell & Poth, 2018; De Boer, 1980). Dit onderzoek vindt plaats binnen de sociale wetenschap en heeft als doel het begrijpen van de ervaring van afhankelijkheid van nieuwe medewerkers.

In dit onderzoek staat het concept afhankelijkheid (binnen de professionele context) centraal. Voor het theoretisch onderzoek is er gebruik gemaakt van vier auteurs die hierover hebben geschreven. Drie van de auteurs begeven zich uitgesproken in het zorgethische discours, dit zijn: filosofe Eva Feder Kittay (2013), hoogleraar zorgethiek Annelies van Heijst (2015) en filosofe Ned Noddings (2013) (zie §3.4.2). Alle drie hebben zij een brede theorie verwoord, welke een bijdrage heeft geleverd aan het interdisciplinaire debat binnen de zorgethiek. Van hun theorie is hoofdzakelijk hun perspectief op het concept afhankelijkheid omschreven in dit onderzoek. Hun perspectief is in dialoog gebracht met theorie van andere zorgethici, (e.g. Tronto. 1993; 2003). Er is voor deze auteurs gekozen omdat zij bepalend zijn geweest bij de totstandkoming van het zorgethisch concept van afhankelijkheid.

De vierde auteur welke verwoord is in het theoretische gedeelte is orthopedagoog en onderzoekster Olivier-Pijpers (2020) (zie §3.4.3). In haar promotieonderzoek richt zij zich op mensen met een verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag. Zij bekijkt deze thematiek vanuit de professionele organisatiecontext. In haar theorie omschrijft zij zeven organisatiedynamieken, één daarvan is de dynamiek tussen zorgmedewerker en ondersteunende staf.

Door deze vier auteurs te behandelen is er dicht bij het zorgethische perspectief op afhankelijkheid gebleven.

De opgedane kennis van het theoretische onderzoek heeft invloed op de fenomenologische attitude, welke van belang was tijdens het empirische gedeelte. Het theoretische onderzoek diende hoofdzakelijk om de kracht en beperkingen van eerder (zorgethisch) onderzoek in kaart te brengen. Zoals, universitair docent en onderzoeker Els van Wijngaarden (2015), aangeeft is het wenselijk om de inzichten van het theoretische onderzoek tijdens de dataverzameling en -analyse weer tussen haakjes te zetten.

2.3 Onderzoeksbenadering empirisch onderzoek

Het empirische deel van dit onderzoek heeft zich gericht op het begrijpen van de geleefde ervaring van afhankelijkheid van nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers. Dit onderzoek is kwalitatief van aard, dit betekent dat het onderzoek niet als doel heeft om generaliseerbare conclusies te maken, maar vooral een inzicht te geven in deze unieke ervaring. Binnen kwalitatief onderzoek bestaan er meerdere methodes (Creswell & Poth, 2018). Dit onderzoek was gericht om de ervaring van de zorgmedewerkers vanuit verschillende invalshoeken te onderzoeken, en zo, door middel van triangulatie, tot een rijk inzicht te komen.

Er zijn interviews afgenomen, iets wat kenmerkend is voor narratief onderzoek. Daarnaast zijn er observaties gemaakt van groepsmomenten, dit is passend bij etnografisch onderzoek. Beide inzichten is gebruikt om het fenomenen afhankelijkheid te duiden, dit geeft het onderzoek het fenomenologisch karakter. In de volgende paragrafen zijn deze drie methodes verder toegelicht.

2.4 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek was erop gericht op de zo dicht mogelijk bij de ervaring van de zorgmedewerkers te komen. Dit is gedaan door narratief en etnografisch onderzoek te combineren en vervolgens fenomenologisch te analyseren.

De unieke ervaring van de zorgmedewerkers stond hier centraal, vandaar dat per zorgmedewerker twee diepte-interviews zijn afgenomen. Door diepte-interviews af te nemen is het mogelijk geweest om ervaringen, zoals beleefd en verteld, van de zorgmedewerkers inzichtelijk te maken (Creswell & Poth, 2018).

Voor dit onderzoek was het ook van belang om de (culturele) context inzichtelijk te maken, dit omdat een individu niet los gezien kan worden van de context waarin hij/zij zich begeeft. Om dit te bereiken zijn per zorgmedewerker twee observaties van een overdrachtsmoment geweest. Er is voor een overdrachtsmoment gekozen omdat zo veel informatie over de werkplek verkregen kon worden, de interacties met collega's zichtbaar was en dit weinig afbreuk aan de privacy van de zorgontvangers. Hier is er sprake geweest van etnografisch onderzoek. Bij etnografisch onderzoek is het doel gemeenschappelijke patronen van gedrag, overtuigingen en taal inzichtelijk te krijgen (Creswell & Poth, 2018).

Ook voor fenomenologisch onderzoek zijn observaties een goed middel. Volgens fenomenologisch onderzoeker Hanneke van der Meide (2014) en universitair hoofddocent Gert Olthuis (2012) vindt een ervaring niet puur in het bewustzijn plaats, maar is het ook lichamelijk van aard. Volgens hen kunnen observaties een dieper begrip geven van andermans ervaringen. Doordat de onderzoeker lijfelijk aanwezig is in de situatie waarin deze plaatsvinden, kan de ervaring zodoende met eigen zintuigen ervaren worden.

De geleefde ervaring van afhankelijkheid van de zorgmedewerkers stond centraal. Deze geleefde ervaring is onderzocht door diepte-interviews en observaties. Om een ervaring goed te kunnen duiden is een fenomenologische benadering passend. Fenomenologie is de studie "van wat zich toont" (Van Manen, 2014, p. 27). Volgens Van der Meide (2014, p. 22) is een fenomeen dat wat verschijnt in ons bewustzijn, en kan verwijzen naar elke menselijke ervaring in relatie tot een gebeurtenis, een ding, of een gevoel. Fenomenologisch onderzoek beschrijft

de gemeenschappelijke betekenis vanuit verschillende perspectieven van geleefde ervaringen (Creswell & Poth, 2018). Het doel van fenomenologisch onderzoek is niet om het onderzoeken van individuele ervaringen, maar de betekenissen van een fenomeen bloot te leggen (Van der Meide, 2014, p. 23). Er is voor deze benadering gekozen omdat de fenomenologie dicht bij de concrete geleefde ervaring blijft (Van der Meide, 2014). Er zijn verschillende fenomenologische onderzoeksmethodes. De onderzoeksmethode die in dit onderzoek is gebruikt is gebaseerd op de methode die zorgethisch onderzoekster Hanneke van der Meide (2018) heeft ontwikkeld. Haar methode is geïnspireerd op het werk van Max van Manen (2014) en Susan Crowther et al. (2016). Deze onderzoeksmethode wordt gekenmerkt door het uitstellen van het coderen en thematiseren van de onderzoeksgegevens in het proces. Door deze stap iets langer uit te stellen ontstaat er ruimte voor een open houding en reflectie, waarmee er een veelheid aan betekenissen verschijnen (Van der Meide, 2018). De gezette stappen in deze methode gezet zijn: onderdompelen in de ervaringen, samenstellen van tekstuele portretten, fenomenologische thematisering en reflectief beschrijven van thematische structuur.

In het onderzoek stond het begrijpen van de geleefde ervaring van afhankelijkheid centraal. Om dit te begrijpen is de empirische data in dialoog gebracht met de theoretische inzichten aangaande afhankelijkheid (zie §3.4). Hierbij werd ook gebruik gemaakt van de *sensitizing concepts* (zie §3.5). Dit dialoog is terug te vinden in hoofdstuk 5.

2.5 Werving

De zorgmedewerkers zijn via verschillende manieren gevonden. De eerste manier was via de afdeling personeel & ontwikkeling van de zorginstelling. Hier is de dataset van intern opgeleide medewerkers opgevraagd. Deze lijst bevatten niet de namen van de medewerkers maar wel de personeelsnummers. Uit deze lijst zijn medewerkers gefilterd die voldeden aan de criteria (< 2 jaar geleden diploma gehaald, werken op woonlocatie, nog in dienst). Vervolgens zijn de zorgmanagers van deze zorgmedewerkers aangeschreven met het verzoek om hun te mogen benaderen. Indien er toestemming was zijn de zorgmedewerkers gemaïld met verzoek tot contact. In het eerste contact werd het doel en het proces van het onderzoek verteld. Indien de medewerkers instemde is een vervolgspraak gepland en is de zorgmanager op de hoogte gebracht.

De tweede route was het direct benaderen van zorgmanagers met de vraag of zij medewerkers hebben die voldeden aan de criteria. Vervolgens is dezelfde wijze van benaderen gevolgd als hierboven verwoord.

Bij beide manieren heeft Vanessa Olivier-Pijpers geholpen met het in contact komen met de zorgmanagers.

2.6 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De focus van dit onderzoek lag op de ervaring van vier nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers van een relatief grote zorgorganisatie voor mensen met verstandelijke beperking in het midden van het land. De zorgmedewerkers zijn werkzaam op woonlocaties, en zijn minder dan 24 maanden geleden afgestudeerd voor hun eerste zorgdiploma. Er is onderzoek gedaan naar nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers omdat uit onderzoek bekend is dat het verloop onder deze groep erg hoog is, dit maakt deze groep extra kwetsbaar. Vanuit het oogpunt van intersectionaliteit is het wenselijk om in onderzoek te kijken naar het perspectief van de meest kwetsbare positie.

De vier medewerkers verschillen op sommige kenmerken van elkaar en zijn werkzaam in verschillende contexten. Twee van de vier medewerkers zijn doorstromers, twee zorgmedewerkers zijn zij-instromers. Twee hadden al ervaring in de zorg als invalkracht, maar deden dit zonder diploma. Drie van de zorgmedewerkers zijn mannelijk, een is vrouwelijk. Allen werken ze op locaties waar mensen met een verstandelijke beperking wonen, maar de doelgroepen verschillen allemaal iets van elkaar.

2.7 Dataverzameling

De zorgmedewerkers (N=4) zijn in een periode van zes weken gevolgd, waarbij ze tweemaal zijn geïnterviewd en tweemaal geobserveerd.

De zorgmedewerkers zijn individueel geïnterviewd via een diepte-interview. Hierbij was het van belang dat er een veilig klimaat werd gecreëerd (Van Manen, 2014). Voor het eerste interview heeft er daarom al een kennismaking plaatsgevonden, hierin werd onder andere het doel en proces van het onderzoek verteld. De zorgmedewerkers konden toen aangeven waar en wanneer zij graag het interview wilde geven, dit vond altijd op de werklocatie af, meestal voor of tijdens een dienst. Het eerste interview duurde circa 45 minuten, waarbij de centrale vraag was: “Wat zijn jouw (emotionele) behoeften in het werk en hoe worden deze gezien en behandeld door de ondersteunende staf?”. Het tweede interview duurde zo’n 20 minuten en de centrale vraag daarbij was “Wat zijn jouw (emotionele) behoeften, hoe worden deze gezien en behandeld door de ondersteunende staf, en wat zijn jouw ideeën over behoud op een locatie?”. Voor beide interviews was een topic-lijst uitgewerkt, gevoed door de *sensitizing concepts*. Er is bewust gekozen om het onderwerp over behoud pas in het laatste interview te bespreken, dit

omdat de inschatting is geweest dat praten over (al dan niet) behoud op een locatie wellicht pijnlijk en ongemakkelijk kan zijn. Door dit onderwerp iets meer uit te stellen kon het vertrouwen tussen de zorgmedewerker en onderzoeker groeien, waarmee het onderwerp gemakkelijker te bespreken was. Tevens leidden deze twee interviews ertoe dat er een tussentijdse *membercheck* gedaan kon worden.

Alle zorgmedewerkers zijn twee keer geobserveerd is. De tijdsduur varieerde tussen de 20 en 40 minuten. Er is voor gekozen om beide keren een overdrachtsmoment te observeren. Hier is voor gekozen omdat in een overdracht moment zowel de dynamiek tussen collega's zichtbaar is, er gesproken wordt over de context van het werken op de specifieke locatie, maar het geen inbreuk doet op de privacy van de zorgontvanger. Het doel van de observaties was een beeld te krijgen van de zorgmedewerkers binnen hun context, zodat de interviews van de zorgmedewerkers beter te duiden waren. Als observatiemethode is *shadowing* gekozen wat gericht is op de ervaring van het individu. De rol van onderzoeker is om als schaduw aanwezig te zijn, om zodoende zoveel mogelijk vanuit het perspectief van het individu te kijken en ervaren (Van der Meide & Olthuis, 2012). Om zo goed mogelijk in de huid van de zorgmedewerkers te kunnen kruipen vonden de observaties na het eerste interview plaats, zodoende konden uitgesproken woorden, door mij ervaren worden in de praktijk. De observaties vonden plaats in gesloten setting (binnen leefgroepen in de zorgorganisatie), er is openlijk en passief geobserveerd. Tevens zijn de observaties aangevuld met naturalistische beschrijvingen aangaande de context. Er is geen observatieplan opgesteld, er is geobserveerd met het eerdere interview in het achterhoofd. In de observatieverslagen komen drie aspecten prominent aan bod. De eerste is de context waarbinnen de zorgmedewerker werkt, de tweede is de herkenning van het interview in de praktijk, ten derde is de houding en interactie met de collega's.

Het is van belang om te realiseren dat observaties niet objectief zijn (Van Manen, 2017), observaties zijn altijd gekleurd door de ervaringen van de observant. Mijn positie, als onderdeel van de organisatie, veelal werkzaam ook als zorgmedewerker, maakte dit extra lastig. Er is getracht de positie en vooronderstellingen tot een minimum te beperken. Het is daarom dat vooronderstellingen en aannames zo veel mogelijk expliciet worden gemaakt. Deze zijn genoteerd in het reflexief logboek (zie Bijlage A).

Er is een datamanagementplan ingevuld. Hierin staat omschreven hoe er veilig en respectvol omgegaan wordt met de data van de zorgmedewerkers. Van belang is om te weten

dat de persoonsgegevens gepseudonimiseerd bewaard zijn, op een server van universiteit. De data is geanonimiseerd verwerkt in het onderzoek. De data wordt voor 1 september 2023 verwijderd. De zorgmedewerkers konden gedurende het onderzoek stoppen, ook konden zij gedurende het onderzoek hun data inzien en/of laten verwijderen.

2.8 Data-analyse

De interviews zijn auditief opgenomen en getranscribeerd (zie Bijlage C), de observaties zijn verwerkt in observatieomschrijvingen. Overeenkomstig met het werk van Van der Meide (2018) is de eerste stap het doorlezen van de transcripten geweest. Het doel was vertrouwd raken met de data en het vertragen van begrip om de relevante stukken uit de transcripten te destilleren (Van der Meide, 2018, p. 35).

Tegelijk met het doorlezen van de transcripten zijn ook de observatieomschrijvingen meermaals bestudeerd (zie Bijlage D). Stapsgewijs werd inzichtelijk hoe deze twee databronnen zich tot elkaar verhielden. De methode van Van der Meide (2018) is specifiek gericht op interviews, er wordt niet gesproken over observaties. Om het onderscheidt tussen de data uit de interviews en observaties helder te houden is de data van de observaties dikgedrukt in de geleefde ervaringen, tekstuele portretten en fenomenologische thematisering.

De tekst van zowel de interviews en observaties werd genoteerd in de geleefde ervaringsbeschrijvingen waarna geclusterd in verschillende onderwerpen (zie Bijlage E). Het doel was de ervaring optimaal te laten spreken daarom werd de clustering niet absoluut gehanteerd.

De volgorde van het aanbod van deze onderwerpen is tot stand gekomen vanuit twee invalshoeken. De eerste invalshoek was het streven om de doelstelling van de volgende stap, de tekstuele portretten, te behalen. De doelstelling van de tekstuele portretten is “een ervaring van een specifieke gebeurtenis op beeldende wijze te beschrijven” waarbij “de lezer geraakt wordt door het verhaal zodat het fenomeen “mee-ervaren kan worden” en “het tekstuele portret de ervaring tot leven kan brengen” (Van der Meide, 2018, pp 35 – 36).

2.8.1 Tekstuele portretten

Vanuit de geleefde ervaringsomschrijving zijn tekstuele omschrijvingen gemaakt (zie Bijlage F) . Hierbij is getracht de ervaring, zoals beleefd door de zorgmedewerker, zo levendig mogelijk over te brengen. Dit is gedaan zoals Van der Meide (2018) in haar methode omschrijft. De alinea's in de tekstuele portretten lopen chronologisch de onderwerpen af uit de geleefde

ervaringsomschrijvingen. De tekstuele portretten zijn voorgelegd aan de zorgmedewerkers voordat ze zijn gecodeerd.

Om inzicht te krijgen in de particuliere situatie van de zorgmedewerker worden eerst vijf onderwerpen omschreven die deze situatie inzichtelijk maken. Allereerst komt het onderwerp *persoonlijk verhaal* aan bod, waarmee de lezer inzicht krijgt in wie de zorgmedewerker en hoe zijn diplomeringperiode eruit zag. Vervolgens wordt in het tweede onderwerp het *karakter* van de zorgmedewerker omschreven, zodat de lezer wat beter in de huid van de zorgmedewerker kan kruipen. Vervolgens is er ruimte gecreëerd om de *uniekheid* van de situatie te verwoorden, deze onderwerpen hebben per zorgmedewerker een ander karakter. Dit kan bijvoorbeeld gaan over het hebben een ochtendrapport op de locatie of re-integreren. Door de lezer eerst langs deze drie onderwerpen te nemen zijn de aangedragen voorbeelden in het vierde onderwerp beter te duiden. Tot slot worden bij het vijfde onderwerp voorbeelden van de zorgmedewerker verwoord die gaan over de emotionele behoeften in het werk. Dit is tevens het scharnierstuk tussen het eerste en de tweede invalshoek, doordat de lezer nu weet wie de zorgmedewerker is, hoe de particuliere situatie is en wat voor emotionele behoefte hij/zij heeft, kan de lezer de teksten in de tweede invalshoek beter duiden.

De tweede invalshoek is de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. Gekozen is om de volgorde, zoals geformuleerd in de hoofd- en deelvragen, los te laten. Dit is gedaan omdat tijdens het analyseren is gebleken dat de leesbaarheid, en daarmee de mogelijkheid tot inleven, verbeterde door een andere volgorde te hanteren. Er is gestart met de teksten die betrekking hebben tot de aansturende staf. Vanuit deze voorbeelden zijn teksten verwoord die vallen onder het onderwerp *reflectie op (afwezigheid van de) ondersteuning*. Hiermee kan de lezer inzicht krijgen in de samenwerking met zorgmanager en gedragsdeskundigen en de reflectie daarop. Vervolgens zijn teksten die gaan over de thematiek van erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) verwoord, hier is voor gekozen omdat deze thematiek een samensmelting is van verschillende onderwerpen, welke hiervoor allen aan bod zijn gekomen. Tot slot zijn teksten die gaan over verloop of behoud omschreven.

De stukken uit de observatie zijn verweven in de tekstuele portretten (zie Bijlage F). Door de stukken uit de observatieomschrijvingen dik te drukken in de tekstuele portretten is navolgbaar welke stukken tekst uitgesproken zijn door de zorgmedewerker, en welke geobserveerd zijn door de onderzoeker.

2.8.2 Codering tekstuele portretten

De teksten zijn meermaals gelezen. Eenmaal zijn de teksten gelezen met de *sensitizing concepts* in gedachten, eenmaal zo blanco mogelijk en de teksten zijn altijd in andere volgorde gelezen. Tussendoor zijn mijn gedachten genoteerd in het reflexief dagboek. Er zijn de volgende thema's onderscheiden: *de kwetsbare balans tussen samen en alleen, de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking en de destabiliserende emoties door ervaring van de afhankelijkheid*. Deze codes hebben allen een unieke kleur gekregen waarmee de tekst is ingekleurd (zie Bijlage G voor coderingssysteem).

2.9 Fasering

In Bijlage H is de fasering van het onderzoek opgenomen.

2.10 Ethische overwegingen

Omdat de zorgmedewerkers zich in een kwetsbare positie bevinden, waarin zij ook zichzelf ook nog eens bloot hebben gesteld aan mij, is er een vertrouwelijk klimaat gecreëerd. Dit kenmerkte zich met: houden aan gestelde afspraken, eerst contact maken voordat interviews werden afgenomen, met respect hun toetreden en hun privacy respecteren.

Voor dit onderzoek is toestemming verkregen van Ethische Toetsingscommissie (ETC) van de Universiteit voor Humanistiek (te Utrecht). Tevens zijn de zorgmedewerkers geïnformeerd over het doel van dit onderzoek, de wijze van dataverzameling, data-analyse en dataverwerking. Zij hebben een *informed consent* formulier ingevuld. Daarnaast is membercheck uitgevoerd door het transcript van het interview en het tekstuele portret aan hen voor te leggen, zij hebben hun goedkeuring hierover gegeven.

In het volgende hoofdstuk is antwoord gegeven op de deelvraag: “Wat is er vanuit de (zorgethische) literatuur bekend over afhankelijkheid (binnen de professionele context)?”.

3. Theoretisch kader

In dit onderzoek stond de ervaring van afhankelijkheid van de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers van hun ondersteunende staf centraal. Er is nog weinig bekend over deze geleefde ervaring van afhankelijkheid van zorgmedewerkers met hun ondersteunende staf, en over de gedachten over behoud van deze zorgmedewerkers. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: “Wat is er vanuit de (zorgethische) literatuur bekend over afhankelijkheid (binnen de professionele context)?”. Om het zorgethische perspectief te kunnen duiden is eerst een schets van de zorgethiek gegeven (§3.1). Vervolgens is het normatief kader waarbinnen dit onderzoek plaats vindt verwoord (§3.2). Waarna de belangrijke centrale begrippen, zoals nieuwe zorgmedewerkers, door- en zij-instromers, ondersteunende staf, de zorginstelling en de verschillende functies van de medewerkers (§3.3). Vanuit daar is het zorgethische concept afhankelijkheid verder verkend (§3.4). Afhankelijkheid hangt samen met andere relevante concepten (*sensitizing concepts*), deze zijn in §2.5 omschreven. Tot slot, is in de laatste paragraaf (§3.6) de beantwoording van de conceptuele deelvraag te vinden.

3.1 Zorgethiek

In de jaren '80 ontstond de zorgethiek als een sociaal-politieke stroming binnen de ethiek, gericht op denken met, en over, zorg en is nu een interdisciplinair onderzoeksveld (Leget et al., 2019). Zorgethiek wordt zowel beschouwd als een morele, als een politieke theorie (Engster & Hamington, 2015). Vanaf het ontstaan stelt zorgethiek zich op tegen de Kantiaanse ethiek, en benadert mensen vanuit een relationeel mensbeeld waarbij onder andere afhankelijkheid en kwetsbaarheid centraal staat (Baur et al., 2017; Tronto, 1993; Kittay, 2013; 2015). Latere zorgethici (e.g. Tronto, 1993, 2013; Walker, 2007) richtte zich meer op de ontwikkeling van het sociaal-politiek begrip van zorgethiek. Daarmee bood het mogelijkheden voor een kritische beschouwing van democratie en machtsstructuren in de samenleving.

Het begrip zorg wordt in de zorgethiek breed opgevat als *"a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible"* (Fisher & Tronto, 1990, p.40). Zorg wordt gezien als een sociale praktijk het is tevens context gebonden en individueel (Baur et al., 2017), en bevat daarmee een belangrijk aspect van het mens-zijn. Al met al is zorgethiek een breed onderzoeksveld.

Er zijn verschillende vormen van zorgethiek, zoals (sociaal-) democratische theorievorming, *critical care ethics* en de Utrechtse Zorgethiek. Dit onderzoek is gesitueerd binnen de Utrechtse Zorgethiek. De kernvraag van Utrechtse Zorgethiek luidt: "Wat is moreel goed vanuit het perspectief van zorg, gegeven deze particuliere situatie?" (Leget et al., 2019). In deze hoedanigheid wordt zorgethiek met behulp van een dialectische verbinding tussen empirie en theorie weergegeven, waardoor een normatief kader en antwoord ontwikkeld kan worden.

Deze dialectische verbinding komt tot stand door het empirische onderzoek uit de praktijk te bekijken met behulp van bepaalde theoretisch concepten (*critical insights*). De *critical insights* zijn bestaande concepten uit een pluraliteit van vakgebieden, uiteenlopend van filosofie, politicologie tot sociologie (Leget et al., 2019). Voorbeelden van deze *critical insights* zijn onder andere relationaliteit, affectiviteit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Door de dialectische verbinding tussen de praktijk en theorie ontstaat een beschouwend venster op de geleefde ervaringen, zorgpraktijk en de wijze waarop de samenleving geordend is (Leget et al., 2019). Voor de dialectische verbinding worden door de Utrechtse Zorgethiek verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, zoals onder andere: fenomenologie, narratieve- en discoursanalyse, etnografie en responsieve evaluatie (Universiteit voor Humanistiek, 2015).

Zorgethiek is een passend onderzoeksveld voor dit onderzoek omdat de geleefde ervaring van afhankelijkheid van nieuwe medewerkers centraal staat. Afhankelijkheid is één van de *critical insights* van zorgethiek. Daarbij is een passende methode om geleefde ervaringen te onderzoeken de fenomenologisch methode. Dit zorgethische onderzoek biedt een inzicht in de ervaring van afhankelijkheid van net-afgestudeerde, nieuwe medewerkers. In dit onderzoek is het vinden van verbanden, correlaties of generalisaties niet van belang.

3.2 Normatief kader

Afhankelijkheid gaat gepaard met kwetsbaarheid. De kwetsbaarheid van de ene persoon, geeft een verantwoordelijkheid aan de andere persoon. Binnen deze concepten gaat het zorgethische handelingen over herkennen van deze kwetsbaarheid en afhankelijkheid, en hier vervolgens adequaat en respectvol mee omgaan. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het individu in diens context. Een uitgesproken norm hierbij is om inzicht te hebben in de individuele behoefte, hier rekening mee houden en te proberen om via verbintenis respectvol met hen om te gaan. In het specifieke geval van dit onderzoek betekent dit dat de

zorgmanager de zorgmedewerkers ziet als individuen, (h)erkend dat zij een ondersteuningsbehoefte hebben en hier zo veel mogelijk gehoor aan geeft.

3.3 Centrale begrippen

In dit onderzoek staan verschillende begrippen centraal, in dit paragraaf zijn deze uitgewerkt. Zo wordt in paragraaf 3.3.1 de organisatiestructuur van zorginstelling uitgelegd. Daarna zijn in paragraaf 3.3.2 begrippen zoals; nieuwe zorgmedewerkers, door- en zij-instromers, en de verschillende functies verwoord. Vervolgens is in paragraaf 3.3.2 het begrip ‘behoud’ zoals het in dit onderzoek wordt gehanteerd uitgewerkt. Tot slot, is het paragraaf 3.3.3 de erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers uiteengezet.

3.3.1 Organisatiestructuur van de zorgorganisatie

De zorgorganisatie verleent aan ruim 5.000 mensen met een verstandelijke beperking zorg, verspreid over drie landgoederen en 371 zorglocaties. Binnen deze organisatie zijn ruim 6000 medewerkers in diverse functies aan het werk. Vanwege privacy redenen blijft de naam van de organisatie anoniem.

De meeste medewerkers zijn zogenaamde zorgmedewerkers, zij leveren de directe zorg aan de zorgontvanger. Dit onderzoek richt zich op nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers. Deze zorgmedewerkers kunnen werkzaam in verschillende functies. De zorginstelling maakt het onderscheidt in de verschillende functies door de letters A, B, C, D en E. Begeleiders A zijn ongediplomeerd en ondersteund, zij verrichten hoofdzakelijk verzorgende taken zoals: ondersteuning bij aankleden en helpen in het huishouden. Begeleiders B hebben veelal een mbo-opleiding niveau 2 afgerond, zij hebben iets meer verantwoordelijkheden en mogen bijvoorbeeld medicatie uitdelen. Begeleiders C hebben een mbo-opleiding niveau 3 afgerond, zij zijn direct ondersteunend aan de persoonlijk begeleiders. Begeleiders D hebben een mbo-opleiding niveau 4 afgerond, zij zijn persoonlijk begeleider en hebben daarmee de organisatorische verantwoordelijkheid voor een aantal zorgontvangers. Tot slot zijn er de begeleiders E, ook wel coördinatoren genoemd, zij hebben een hbo-opleiding afgerond en zijn verantwoordelijk voor het team.

In dit onderzoek zijn zowel doorstroom zorgmedewerkers en zij-instromers onderzocht. Doorstroom zorgmedewerkers hebben na het voortgezet onderwijs, een middel- of hoger beroepsopleiding gevolgd en zijn daarna gaan werken. Zij-instroom zorgmedewerkers hebben meestal al een andere opleiding afgerond en baan gehad, en hebben later in hun leven besloten om alsnog in de zorg te gaan werken.

De zorgmedewerkers krijgen directe aansturing van zowel de zorgmanager, de gedragsdeskundige en de coördinator. Deze drie functies streven naar de beste kwaliteit van zorg, maar allen doen dit via een andere route. De zorgmanager richt zich op het functioneren van de zorgmedewerkers en is daarmee verantwoordelijk voor de kwaliteit van functioneren van de medewerkers. De gedragsdeskundige richt zich op de zorginhoudelijke kwaliteit en perspectief van de zorgontvanger, en is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De coördinator zorgt voor de directe aansturing van de zorgmedewerkers en bewaking van de processen op verschillende locaties.

3.3.2 Behoud

In dit onderzoek staat het behoud van zorgmedewerkers centraal. Behoud is de tegenhanger van verloop, wat staat voor personeelsverloop. Behoud binnen de professionele context betekend dat zorgmedewerkers willen blijven werken op de huidige werkplek. Verloop betekent dat zij ergens anders willen werken op bijvoorbeeld een andere locatie binnen dezelfde zorginstelling, bij een andere zorginstelling of ander werk dan de zorg.

Behoud en verloop van zorgmedewerkers is een veel onderzocht onderwerp. De wens voor verloop en behoud heeft verschillende redenen, welke voor elk individu weer anders is. Er zijn intra- en interpersoonlijke verschillen van deze redenen (De Vries et al., 2023) zoals praktische redenen (e.g. financiële beloning, werktijden, werkdruk) en persoonlijke redenen (e.g. wensen of behoeften, professionele relaties en organisatiecultuur) (De Vries et al., 2023; Goh & Lopez, 2016). Dit onderzoek specificeert zich tot de professionele relaties. Uit onderzoek is bekend dat ondersteunende communicatie, leiderschap, praktische ondersteuning, erkenning en waardering belangrijke factoren zijn binnen de professionele relatie om personeel te behouden (De Vries et al., 2023).

3.4 Afhankelijkheid

Afhankelijkheid wordt vanuit verschillende (politieke) ideologieën anders geïnterpreteerd, gedefinieerd en gewaardeerd, dit is in paragraaf verder uiteengezet (§3.4.1). Van deze verschillende manieren staat de zorgethische lens centraal (§3.4.2). Hierna wordt de afhankelijkheid in de erkenningsdynamiek van Olivier-Pijper (2020) omschreven (§3.4.3). Tot slot is *practise leadership*, een specifieke vorm van leidinggeven, nader omschreven (§3.4.4).

3.4.1 Afhankelijkheid

Afhankelijkheid wordt vanuit verschillende (politieke) ideologieën anders geïnterpreteerd, gedefinieerd en gewaardeerd. De (politieke) ideologie van het mondiale

Noorden (e.g. Europa, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten) is veelal gestoeid op de (neo-) liberale ideologie. Binnen dit discours wordt afhankelijkheid gezien als een bedreiging voor de autonomie van het individu, en daarmee de vrijheid ervan (Muehlebach, 2012; Tronto, 2013, Van Heijst, 2005). Vanuit deze ideologie is zelfredzaamheid het ideaal en afhankelijkheid iets zorgelijks en dient vermeden te worden. (Tonkens & Duyvendak, 2018). De zorgethiek heeft echter een andere kijk op afhankelijkheid.

3.4.2 Zorgethische afhankelijkheid

Volgens zorgethici is de mens juist een ontologisch afhankelijk wezen. Net zoals vele zorgethische denkers (e.g. Gilligan, 1982; Tronto, 1993) zijn ook Kittay (2013), Van Heijst (2005) en Noddings (2013) van mening dat afhankelijkheid juist bij de mens hoort. In deze paragraaf komen hun visies op afhankelijkheid aan bod.

Filosofe Eva Feder Kittay (2013) is van mening dat de gedachte van onafhankelijke mensen een schadelijke illusie is. Volgens haar zit afhankelijk zijn in onze biologische aard waardoor ze afhankelijkheid als eigen morele categorie duidt (Kittay, 2013). Kittay (2013) gebruikt in haar werk de analogie dat iedereen een kind van zijn moeder is. Hiermee bedoelt zij dat wij allen eens afhankelijk zijn geweest, en waarschijnlijk later in ons leven weer worden. Deze vorm van afhankelijkheid is overal aanwezig in de wereld en kenmerkend voor mensen (Kittay, 2013).

Ook binnen de zorginstelling wordt deze zorg vormgegeven, er is sprake van zorg voor afhankelijke en kwetsbare mensen, die ondersteuning van de andere nodig hebben in hun leven. Deze ondersteuning wordt onder andere geboden door de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers.

Hoogleraar zorgethiek Annelies Van Heijst (2005) omschrijft dat het woord afhankelijkheid een negatieve associatie heeft gekregen binnen ons huidige politieke discours. Het zou namelijk behoeftigheid, nood en lijden impliceren. Volgens Van Heijst (2005) heeft de mens een hang naar elkaar, en daarmee een liefdevolle afhankelijkheid. Van Heijst sluit aan bij het standpunt van Kittay dat ieder mens ooit in diens leven kwetsbaar is en daarmee afhankelijk van elkaar is. Dit laat zien hoe verweven de mens is met elkaar, en specifiek tot de (noodlijdende) ander. Het laat zien dat de mens wederkerig afhankelijk is (Van Heijst, 2005). Belangrijke thema's voor Van Heijst (2005) zijn menselijke waarde, volwaardigheid en gelijkheid. Hiermee doelt zij niet op autonomie maar introduceert zij de term *dubbele structuur van behoeftigheid*. Hiermee bedoelt zij dat er een ongelijke, urgente en actuele behoeftigheid

is van de zorgontvanger. De zorgontvanger heeft zorg en hulp van iemand nodig, maar de zorggever heeft ook bepaalde behoeften. Hiermee wordt ook de zorggever in deze zorgbehoefte betrokken, er is een wederzijdse behoefte. In deze verwevenheid van zorgbetrekking hebben de zorgontvanger en zorggever elkaar nodig om het menselijke bestaan te honoreren. Dit is wat Van Heijst omschrijft als *overeenkomstige behoefte*, hierin is gelijke waardigheid van beide van belang. Dit resulteert er volgens Van Heijst (2005) toe dat zowel zorgontvanger als zorgverlener afhankelijk en kwetsbaar zijn. Immers, ook de zorggever is in deze verwevenheid kwetsbaar en behoeftig. Volgens van Heijst (2005) zijn belangrijke behoeften van de zorggever zin en betekenis.

Dit maakt zichtbaar dat niet alleen de zorgontvangers van de zorginstelling afhankelijk zijn van de zorgmedewerkers, maar ook de zorgmedewerkers afhankelijk zijn van de zorgontvangers. Door deze afhankelijkheid met andere zijn zowel de zorgontvangers als de (zorg-) medewerkers wederkerig afhankelijk en is er sprake van een *dubbele structuur van behoefte*.

Ook Kittay (2013) omschrijft de wederkerige relatie, zij noemt dit *interdependentie*. De moeder heeft haar kind nodig om moeder te kunnen zijn, de zorgverlener heeft een zorgontvanger nodig om zorgverlener te kunnen zijn. Het is vanwege de noodzaak van deze relaties dat de mens afhankelijk en kwetsbaar is. Het toont aan dat afhankelijkheid niet iets dyadisch of lineairs is, maar dat afhankelijkheid diep verweven zit in onze biologische en sociale structuur. Dit noemt Kittay (1999) *connection-based equality*, een vorm van gelijkheid omdat wij allen kinderen van een moeder zijn. Vandaar dat Kittay in haar werk niet redeneert vanuit gelijkheid naar afhankelijkheid, maar vanuit ieders gelijke afhankelijkheid.

Binnen de brede context van zorg dragen heeft Kittay (1999) het *vulnerability model* van filosoof Goodin (1985) aangepast. Het oorspronkelijke model van Goodin (1985) is gebaseerd op de morele verantwoordelijkheid die eenieder heeft op het moment dat diens handelen een ander kwetsbaar maakt. De aanpassing van Kittay (1999) is gericht op de morele plicht die wij allen hebben voor kwetsbare mensen. Hierbij legt zij de nadruk op de morele plicht om te zorgen voor mensen die kwetsbare mensen verzorgen, de zogenaamde *dependency workers* (Kittay, 1999). Dit doet zij vanuit haar filosofie dat iedereen afhankelijk en kwetsbaar is, en daarom moet er ook rekening gehouden worden met de kwetsbaarheid van de *dependency workers*. Kittay stelt voor dat een groter netwerk van mensen de morele plicht heeft om zorg te dragen voor de *dependency workers*, zij noemt dit concept *doulia*. Over afhankelijkheid en de

rol van een doulia daarin zegt zij “when one is in a condition of dependency, whether as a dependent or a dependency worker, the dependency does not blight our prospects for a good life” (Kittay, 1999, pp. 65 - 66). Volgens Kittay (1999) moet dit ook gezien worden in een breder sociaal en politiek verband waarin *nested relations* in bredere context gewaarborgd worden.

Vanuit de inzichten van Kittay wordt de afhankelijkheid van de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers duidelijk. Omdat zij zorgdragen voor kwetsbare personen, zijn ook zij kwetsbaar. De morele plicht om voor hen te zorgen reikt daarom, volgens Kittay, ook verder; meer mensen dragen de morele plicht om zowel de kwetsbare, als de verzorger van de kwetsbare, te ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan de ondersteunende staf rondom de zorgmedewerker.

Overeenkomstig omschrijft filosofe Nel Noddings (2013) ook de afhankelijkheid van de *one-caring*, welke zij in het middelpunt stelt van steeds groeiende concentrische zorgcirkels. De verantwoordelijkheid voor het fysieke zorgen is het grootst in de binnenste cirkel, hierbij gaat het bijvoorbeeld voor de zorg om familie en vrienden. De verantwoordelijkheid wordt minder naarmate de afstand tot zorgontvanger groter wordt (Noddings, 2013). Echter blijft deze verantwoordelijkheid aanwezig, specifiek een verantwoordelijkheid om te zorgen voor de zorggevers. Dit zodat zij hun werk kunnen blijven uitvoeren, zij zijn immers essentieel voor de directe zorg. Volgens Noddings (1984) is het voor het zorgen van belang dat er speciale aandacht wordt besteed aan de individuele persoon in een specifieke situatie, zodat het welzijn van dit individu versterkt of beschermd kan worden. Zij introduceert hierbij het begrip *engrossment*, een subjectieve betrokkenheid met de ander, waarbij de zorggever geheel opgaat in de situatie van de ander. Noddings (2005, p. 15) definieert dit als “*open, nonselective receptivity to the cared-for*”. Dit is essentieel voor de kwaliteit van de geleverde zorg, omdat de unieke persoonlijke situatie en context bepaald wat een passende actie is. Empathie en aandachtigheid zijn hierbij van belang.

Vanuit de theorie van Noddings is te zien dat zowel voor de zorgontvangers, als voor de zorgmedewerkers, zorg gedragen dient te worden. Deze zorg moet contextueel en gericht op het individu zijn. Dit betekent dat elke zorgontvanger en zorgmedewerker een unieke zorg-, en ondersteuningsvraag heeft waar de ondersteunende staf rekening mee dient te houden. Door *engrossment* kan de meest adequate zorg en ondersteuning bepaald worden.

3.4.3 Afhankelijkheid en erkenningsdynamiek

In het promotieonderzoek van Olivier-Pijpers (2020) naar organisatiedynamiek en gedrag bij de mens met een verstandelijke beperking, heeft zij het ecologische systeemtheorie model van Urie Bronfenbrenner (1979) gebruikt om de *organisatorische schillen* rondom de zorgontvanger inzichtelijk te maken. Hierbij benadrukt Olivier-Pijpers (2020) de parallelprocessen tussen de verschillende schillen.

In haar onderzoek maakt Olivier-Pijpers (2020) onderscheidt tussen zeven dynamieken die tussen verschillende schillen binnen een organisatie plaatsvinden. Elke dynamiek vindt plaats in een andere relationele context, met andere betrokken deelnemers, en heeft zodoende andere mechanisme die bijdraagt aan de mate van succes binnen die dynamiek. In dit onderzoek stond één van deze dynamieken centraal omdat deze dynamiek zich afspeelt tussen zorgmedewerkers en ondersteunende staf. Deze dynamiek is de erkenningsdynamiek en gaat over de vraag “wie ziet mij?” (Olivier-Pijpers, 2020, p. 201).

Ten grondslag aan de erkenningsdynamiek ligt dat zorgmedewerkers worden geconfronteerd met emotionele situaties (Olivier-Pijpers & Landman, 2020). Uit onderzoek blijkt dat vooral de emoties angst, verdriet, boosheid en onmacht voorkomen, specifiek in de situaties waarbij zorgmedewerkers werken met mensen met een verstandelijke beperking (e.g. Knotter, 2019; Olivier-Pijpers, 2020; Rose et al., 2013). Deze emoties kunnen in het zorgmedewerkersteam het mechanisme van een emotionele onderstroom genereren. Dit houdt volgens Olivier-Pijpers & Landman (2020) is dat in de erkenningsdynamiek het volgende mechanisme kan plaatsvinden:

Hoe meer de emoties van zorgmedewerkers worden veronachtzaamd door anderen, des te meer sluiten zorgmedewerkers zich af voor beïnvloeding van ‘buitenaf’ en hoe meer zorgmedewerkers zich afsluiten voor beïnvloeding van ‘buitenaf’, des te meer worden de emoties van zorgmedewerkers veronachtzaamd door anderen (Olivier & Landman, 2020, p. 202).

De veronachtzaming van deze emoties kan volgens Olivier-Pijpers & Landman (2020, pp. 203 - 206) op drie manieren gebeuren. Een eerste manier van veronachtzaming doet zich voor wanneer ondersteunende staf de zorgmedewerkers willen meenemen in het juiste beeld van de zorgontvanger en de gewenste wijze waarop begeleiders in dit verband zouden moeten handelen. In zo’n situatie kunnen de emoties die de zorgmedewerkers uitten veronachtzaamd worden, en hun emotionele houding als onprofessioneel worden bestempeld.

Een tweede manier waarop emoties worden veronachtzaamd, heeft te maken met het idee dat de zorgontvanger centraal staat. Dit idee impliceert dat het belang van de zorgontvanger het belangrijkste referentiepunt is. Het kan zijn dat zorgmedewerkers een keuze voor de zorgontvanger ervaren als een keuze tegen hen.

Een derde manier van veronachtzaming van emoties doet zich voor wanneer managers niet beschikbaar zijn voor zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers ervaren dan dat de leidinggevende onvoldoende aandacht besteedt aan de emoties die zij ondervinden (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, pp. 203 - 206).

Het veronachtzamen van emoties van zorgmedewerkers heeft een tweetal verschillende (hoofd) effecten (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, pp. 206 – 208). Een eerste effect heeft betrekking op het beïnvloeden van de manier van kijken en werken van de zorgmedewerkers. Het meenemen van zorgmedewerkers in een door anderen bedacht perspectief is weinig effectief als er een emotionele onderstroom actief is. Zij bewegen niet in de richting die door anderen is bedacht. Een tweede effect heeft betrekking op het rechtvaardigheidsgevoel van zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers die zich in emotionele zin niet gezien en gehoord voelen, kunnen het gevoel hebben dat zij onrechtvaardig worden behandeld door de organisatie, dit kan leiden tot boosheid op de organisatie (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, pp. 206 - 208).

Binnen de erkenningsdynamiek is het helpend wanneer zorgmedewerkers ervaren en voelen dat er aandacht is voor hun emotionele behoeften en dat op deze behoeften wordt ingegaan (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, p. 211). Dit kan op een tweetal manieren: via emoties delen en nabijheid van de ondersteunende staf.

Het is voor zorgmedewerkers van belang om ruimte te geven aan hun emoties, en deze te delen met elkaar en met ondersteunende staf. Het is van belang om aan te voelen wanneer de emotionele onderstroom erg actief is. Op die momenten lijkt het raadzaam om niet over emoties heen te stappen of emoties te rationaliseren, maar om emoties te erkennen (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, pp. 211 - 212). Ook is het voor zorgmedewerkers van belang dat zij nabijheid van hun leidinggevende ervaren, dit wordt omschreven als nabij leiderschap (zie §4.4.4) (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, pp. 215 - 216).

In de theorie van Olivier-Pijpers (2020) lijkt binnen de erkenningsdynamiek de afhankelijkheid van de zorgmedewerker een centrale plek te krijgen. Hun kwetsbare positie wordt erkend, des te meer omdat de zorgmedewerker verantwoordelijk is voor de zorggever.

Olivier-Pijpers (2020) toont aan de adequate ondersteuning van de zorgmedewerker zich verhoudt tot de geleverde zorg aan de zorggever.

De theorie van Olivier-Pijpers (2020) geeft richting aan de vorm van het leiderschap die de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers nodig hebben, ook maakt het inzichtelijk wat voor mechanisme in de erkenningsdynamiek speelt. Hierdoor biedt inzichten waarmee naar de afhankelijkheid van nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers binnen de zorginstelling gekeken kan worden.

3.4.4 Practise leadership

Zoals omschreven in de erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) is het van belang dat zorgmedewerkers nabij leiderschap ervaren. Eigenschappen die daarbij helpend zijn, zijn: competenties, emotionele behoeften, persoonskenmerken, gedragsrepertoire en de sterke en zwakke punten, ook in sociaal opzicht (Olivier-Pijpers, 2020). Hierbij helpt *practise leadership*: een manier van leidinggeven die bijdraagt aan meer werktevredenheid, minder stress en uitval onder zorgmedewerkers werkzaam met mensen met een verstandelijke beperking (Olivier-Pijpers & Landman, 2020, p. 216). Deze leiderschapsstijl kenmerkt zich door goede ondersteuning aan het personeel. Binnen *practice leadership* is het van belang dat er naar alle aspecten van de zorgmedewerker en diens werkzaamheden wordt gekeken. De ondersteuning wordt georganiseerd rondom persoonlijke behoeften. Zorgmedewerkers ontvangen door de zorgmanager actieve coaching door bijvoorbeeld supervisie gericht op het begrijpen van de behoeften van de zorgontvanger. Ook wordt de geleverde zorg plenair beoordeeld in het team. Hierdoor voelt het team zich gesteund door een manager (Beadle-Brown et al., 2014).

3.5 Sensitizing concepts

De hoofdvraag in dit onderzoek richtte zich op de ervaring van de erkenningsdynamiek en afhankelijkheid. In dit hoofdstuk is onderzocht wat vanuit de (zorgethische) literatuur bekend was over deze concepten. Zoals omschreven zijn de concepten erkenningsdynamiek en afhankelijkheid breed en kunnen meerdere onderwerpen behelzen. Daarom is het tijdens de analyse van de geleefde ervaringen helpend geweest om *sensitizing concepts* te gebruiken, dit zijn tijdelijke concepten die richting geven aan de wijze waarop de empirische data zich verhoudt tot de concepten. Zij geven tijdens de analyse van de interviews en observaties duiding en richting, en bieden zodoende een lens om naar de fenomenologie te kijken (Boeije, 2005). Hieronder staan *sensitizing concepts* omschreven die zich verhouden tot afhankelijkheid

zoals gedacht door Kittay (1999), Van Heijst (2005) en Noddings (2013). Ook zijn de concepten uit erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) omschreven. De *sensitizing concepts* zijn allen gericht op de kenmerken die zich in de context van afhankelijkheid af kunnen spelen.

| Feder Kittay | Van Heijst | Noddings | Olivier-Pijpers |
|-------------------------|------------------|--------------------|----------------------------|
| Relationaliteit | Aanhankelijkheid | Contextualiteit | Emotionele |
| Kwetsbaarheid | Wederkerig | Affectiviteit | behoeften |
| Verantwoordelijkheid | afhankelijkheid | Empathie | Veronachtzaming |
| <i>Interdependentie</i> | | Aandachtigheid | Nabijheid |
| | | <i>Engrossment</i> | <i>Practise leadership</i> |

3.6 Conclusie

De literatuur is afkomstig uit het zorgethische onderzoeksveld. Binnen de zorgethiek wordt het begrip zorg breed opgevat, hierdoor is zorg zowel een sociale- als politieke praktijk, met een dialectische verbinding tussen praktijk en theorie en kan zodoende een normatief kader bieden. Zorgethiek is contextueel en gebonden aan individuele situaties, hierdoor is zorgethisch onderzoek kwalitatief van aard (Leget et al., 2019). In het normatieve kader is verwoord dat afhankelijkheid gepaard gaat met kwetsbaarheid en daarmee verantwoordelijkheid. Met de kwetsbaarheid dient zorgvuldig, adequaat en respectvol omgegaan te worden met het individu en diens context in achtneming.

Centrale begrippen in dit onderzoek zijn: organisatiestructuur van de zorginstelling en de verschillende functies, behoud van specifiek de zorgmedewerkers, de erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers en afhankelijkheid.

Vanuit de zorgethische literatuur is bekend dat afhankelijkheid iets inherent menselijks is; gedurende ons leven zijn wij meerdere periodes afhankelijk van elkaar (Kittay, 1999). Dit maakt ook dat wij als mensen wederkerig afhankelijk zijn. In het heden zijn mensen wederkerig afhankelijk, zij hebben een relationele omgang met elkaar (Van Heijst, 2005). Maar ook over tijd zijn mensen wederkerig afhankelijk, in de periodes dat een individu kwetsbaar is kan hij zorg ontvangen, wanneer hij minder kwetsbaar is kan hij zorg geven. Hierdoor heeft eenieder een morele verplichting om zorg te dragen voor kwetsbare mensen (Kittay, 1999; Noddings, 2013). In de zorg voor kwetsbare mensen ligt de verantwoordelijkheid daarom niet enkel bij de zorgmedewerker, maar heeft eenieder een morele verplichting om de zorg ervoor te dragen. Dit hoeft niet per se directe zorg te zijn, dit kan ook indirect via zorg voor de zorgmedewerker. Het is daarom dat er speciale aandacht dient te zijn voor de zorgmedewerker (Kittay, 1999). In

deze aandacht voor de zorgmedewerker is het van belang dat er oog is voor het individu, binnen de specifieke context (Noddings, 2013).

Vanuit de literatuur is bekend dat er sprake is van afhankelijkheid binnen de professionele context. Zo is ook de zorgmedewerker afhankelijk van de ondersteuning die ontvangen wordt door de ondersteunende staf. De erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) speelt zich af tussen zorgmedewerker en ondersteunende staf. Zorgmedewerkers worden geconfronteerd met situaties die veel emoties oproepen. Indien deze emoties niet goed worden gezien is er sprake van veronachtzaming, welke kwalijk is binnen de afhankelijkheid van zorgmedewerker met ondersteunende staf. Een leiderschapsstijl overeenkomstig met *practise leadership* lijkt helpend te zijn.

Vanuit de literatuur zijn passende *sensitizing concepts* geformuleerd. Deze bieden richting en duiding tijdens de data-analyse. Vanuit de theorie van Kittay (1999) worden relationaliteit, kwetsbaarheid, verantwoordelijkheid en *interdependencie* meegenomen. Uit de literatuur van Van Heijst (2005) is aanhankelijkheid en wederkerig afhankelijkheid van belang. Vanuit de theorie van Noddings (2013) zijn contextualiteit, affectiviteit, empathie, aandachtigheid en *engrossment* en tot slot van Olivier-Pijpers (202) zijn emotionele behoeften, veronachtzaming, nabijheid en *practise leadership* meegenomen.

In het volgende hoofdstuk is er antwoord gegeven op de vraag “Wat is de essentie van de geleefde ervaring van erkenningsdynamiek van de zorgmedewerker en wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin?”. Deze vraag is door middel van observaties en interviews met de zorgmedewerkers beantwoordt.

4. Empirische bevindingen

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen omschreven die voort zijn gekomen uit de interviews en observaties met de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers. Daarmee is de tweede deelvraag van het onderzoek “Wat is de essentie van de geleefde ervaring van de erkenningsdynamiek van de nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers en wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin?” beantwoord. In dit hoofdstuk staan hun geleefde ervaringen centraal. De geleefde ervaringen zijn letterlijke quotes uit de tekstuele portretten. De geleefde ervaringen zijn gecodeerd naar drie verbindende thema’s: *de kwetsbare balans tussen samen en alleen* (§4.2), *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van aansturing* (§4.3) en *de destabiliserende emoties door ervaring van de afhankelijkheid* (§4.4). In deze thema’s is omschreven wat hen verbindt en onderscheidt. Tot slot sluit dit hoofdstuk af met de conclusie waarin de deelvraag beantwoord is (§4.5).

Alle ervaringen hebben een mate van ambiguïteit en particulariteit, zowel binnen als tussen de thema’s. Om deze beter te kunnen duiden, begint dit hoofdstuk met een korte voorstelling van de zorgmedewerkers. Vanwege privacy redenen zijn de werkelijke namen vervangen door een pseudoniem.

4.1 Korte voorstelling van de zorgmedewerkers

Tom

Tom is in de gehandicaptenzorg begonnen als zij-instromer, eerst via vrijwilligerswerk. Vanwege veel onrust op die locatie is hij al snel betrokken geraakt met de bewoners en de organisatie. In die tijd voelde hij zich niet heel erg goed. Het werkte relativerend voor hem om met mensen te werken die het ook moeilijk hadden. Hierna is hij een mbo-niveau 4 opleiding gaan doen, nu werkt hij als persoonlijk begeleider. Hij vindt dat op zijn huidige werkplek weinig controle is, het voelt te vrijblijvend. Zo blijkt ook tijdens een observatie, waarin Tom uitlegt dat er niet meer met een overdrachtsmap of -formulier wordt gewerkt. Ook werkt Tom tijdens de observaties veel met uitzendkrachten, hij probeert hen zoveel mogelijk te vertellen over de zorgontvangers; hij vertelt over hun als persoon, over situaties uit het verleden of geeft achtergrondinformatie. Hij lijkt hierin aansturende rol te hebben. Tijdens een observatie belt mij een uitzendkracht op, die te laat is, om te vragen waar deze blijft. Zijn karakter kenmerkt zich als enthousiast, gedreven en flexibel. Hij heeft een hoge mate van toewijding, zo draagt

hij veel verantwoordelijkheid en doet veel (extra) taken op de groepen. Soms is hij een beetje eigenwijs.

Simone

Simone is na de middelbare school gelijk aan een zorgopleiding begonnen. Op haar huidige werkplek ontvangt ze meer ondersteuning van de coördinatoren, dan van de zorgmanager. Er is elke dienst een coördinator aan het werk waar ze bij terecht kan. Ze wil niet “begeleider nummer zoveel” zijn, daarom verdiept ze zich graag in haar patiënten. Bij de observatie vraagt ze bij de overdracht van haar collega’s door. Met deze nieuwe informatie geeft ze uitleg aan hen wat er eigenlijk gaande is met de zorgontvanger. Ze lijkt methodisch en systematisch te werken. Ze waardeert de tijd die zij heeft voor contact met de patiënten. Haar karakter kenmerkt zich dat ze best onzeker kan zijn, ze vraagt zichzelf wel eens af “wat zullen ze wel niet van mij denken?”. Ze vindt het prettig om eerst te wennen aan nieuwe situaties.

Stefan

Stefan werkte eerst als ongediplomeerde uitzendkracht in de zorg. Hij is bij de zorginstelling aangenomen en daar heeft hij een versneld traject tot persoonlijk begeleider gevolgd. Als beginnend PB'er heeft hij het gevoel dat er veel van hem wordt gevraagd. Stefan heeft op zijn locatie een heftige situatie met een zorgontvanger meegemaakt, de zorgontvanger was fysiek agressief en het persoonlijke alarmsysteem van Stefan werkte niet. Hij moest zichzelf in deze situatie fysiek beschermen en heeft toen een klap uitgedeeld. Tijdens de observatie van een overdrachtsmoment had Stefan die dag wederom een conflict met deze zorgontvanger. Het was deze keer niet fysiek geworden maar Stefan vond het wel spannend en zijn geduld werd op de proef gesteld. Zelf omschrijft hij zijn karakter met “als ik met iets zit, dan stap ik er altijd wel op af”. Hij is niet zo moeilijk, als het lastig wordt in het werk dan zet hij een knopje om. Voor hem blijft zijn werk leuk.

Bram

Bram was eerst manager voor een gebouwbeheer-organisatie. Hij was verantwoordelijk voor een grote portfolio van vijf miljoen, en nog nooit een klant kwijtgeraakt. Iedereen in zijn familie werkt in de zorg, mede daarom heeft hij de overstap gemaakt. Door zijn ervaring als manager heeft Bram een kritische blik op het functioneren van zijn huidige zorgmanager. Zijn karakter kenmerkt zich dat hij best wel zelfverzekerd is. Hij stelt dat hij onder zijn niveau functioneert.

4.2 De kwetsbare balans tussen samen en alleen.

Het thema *de kwetsbare balans tussen samen en alleen* wordt besproken aan de hand van de geleefde ervaringen die als volgt gevat kunnen worden: kwetsbaarheid door afwezigheid stabiliteit zorgmanager, gevoel van (niet) terecht kunnen bij aansturende staf voor ondersteuning, gevoel van niet gewaardeerd/ vertrouwd te worden als medewerker en gevoel oneerlijk behandeld te worden. De meeste van deze ervaringen verhouden zich tot afhankelijkheid met de ondersteunende staf.

4.2.1 Kwetsbaarheid door afwezigheid stabiliteit zorgmanager

Alle zorgmedewerkers ervaren een kwetsbaarheid door afwezigheid stabiliteit zorgmanager. Tom heeft drie verschillende zorgmanagers in een jaar gehad, Simone vier managers in twee jaar, Stefan heeft drie zorgmanagers in anderhalf jaar gehad en ook bij Bram is de tweede zorgmanager net vertrokken na anderhalf jaar. Tijdens de drie maanden dat dit onderzoek liep, zijn de zorgmanagers van Tom, Stefan en Bram weggegaan, zij praten daarom in verleden tijd over hun zorgmanagers. In totaal over de vier verschillende locaties zijn er binnen twee jaar dus twaalf zorgmanagers betrokken geweest.

“Toen kregen we onze huidige manager, eerst was zij tijdelijk, maar later als vast. Nu, zo’n half jaar later is ook zij opgestapt, het is niet duidelijk wie nu onze manager wordt. Ik had een hele goeie band met haar.” [Stefan]

“Ik mis de band die ik in korte tijd met de vorige manager heb opgebouwd.” [Tom]

Het missen van continuïteit lijkt op alle zorgmedewerkers een tol te eisen. Gezien hun afhankelijkheid in deze relatie, en de kwetsbaarheid waarmee zij hun werk doen hebben frequente wisselingen een zware impact. Dit kan ook leiden tot vertrek van zorgmedewerkers op het moment dat hun zorgmanager stopt.

“Toen de tweede zorgmanager wegging, heb ik besloten om ook rond te gaan kijken op andere locaties, ik zei tegen hem “Jij weet net zo goed als ik dat dit een zinkend schip is”. Ik heb geen zin meer, ik heb te vaak gedacht dat wij de goede kant op gingen maar dat het niet gebeurde. Ik ga volgende maand stoppen op deze locatie, ik ga dan op een andere woongroep werken om mezelf een betere werkplek te gunnen.” [Tom]

4.2.2 Gevoel van terecht kunnen bij aansturende staf voor ondersteuning

Tussen de zorgmedewerkers is er een ander gevoel van terecht kunnen bij aansturende staf voor ondersteuning. Zo heeft Tom bij zijn voormalige zorgmanager het gevoel gehad genoeg ondersteuning te krijgen, hij kon met zijn vragen terecht. Er werd naar hem geluisterd en de zorgmanager zei “laat het weten als je iets nodig hebt”. Hij kon in dit contact goed zichzelf zijn, maar dat ligt volgens hem aan de persoon. Ook met zijn coördinator kan hij goed samenwerken.

“Het gaat daarbij ook echt om de klik, om de gelijkwaardigheid. Zij ventileert ook bij mij, er is een wisselwerking.” [Tom]

Ook Stefan heeft het gevoel dat zijn toenmalige zorgmanager goed bereikbaar was, als hij ergens tegen aanliep kon hij bij haar terecht. Ditzelfde geldt voor de gedragsdeskundige. Tijdens het incident waarbij zijn persoonlijke alarmsysteem niet werkte heeft hij hecht contact met de zorgmanager ervaren, na het incident stuurde zij meermaals berichtjes naar hem. Dit vond hij fijn.

Simone en heeft echter andere ervaringen met zorgmanagers gehad. Zo heeft ze eens tevergeefs geprobeerd haar zorgmanager te bereiken omdat zij een kaakoperatie moest ondergaan.

“Ik kon de manager maar niet bereiken, dit deed mij veel. Ik vond het erg belangrijk en voelde mij verantwoordelijk over het werk. Het frustreerde mij dat ze niet terugbelde.” [Simone]

In een andere situatie was een zorgontvanger van haar weggelopen, zij heeft toen niet de betrokken behandelaar gebeld. Ook de zorgmanagers is in deze gevallen lastig te bereiken.

“Ik vraag me af: ‘hadden ze dat goed gevonden, nemen ze de telefoon op?’. Ik weet geeneens of ze ‘s avonds bereikbaar zijn. Dit gevoel komt waarschijnlijk omdat ik merk dat ze overdag druk zijn en moeilijk bereikbaar.” [Simone]

“Op deze locatie staat de zorgmanager wat meer op de achtergrond, dat maakt de drempel hoger om naar haar toe te gaan.” [Simone]

Echter, is er op de locatie van Simone altijd een coördinator aan het werk waar ze terecht kan. Met hen bespreekt ze veel zaken, hoe het privé met haar gaat, waar ze emotioneel en praktisch tegenaan loopt.

Bram heeft een soortgelijk gevoel, hij heeft nooit het idee gehad dat de zorgmanager er voor hem was. Zijn contract werd getekend en “*that’s it*”. Ditzelfde geldt voor de gedragsdeskundige, Bram heeft nooit ondersteuning van haar ervaren. Ook niet nadat hij na een agressie-incident expliciet had aangegeven behoefte te hebben aan emotionele ondersteuning.

“Nooit hebben ze tegen me gezegd: “kunnen we even praten”.” [Bram]

De zorgmedewerkers lijken belang te hechten aan een zorgmanager of gedragsdeskundige die bereikbaar is op momenten dat zij het nodig hebben. Indien dat niet zo is, voelen zij zich gefrustreerd of niet gewaardeerd. Een coördinator kan die rol, tot een zekere hoogte, ook vervullen.

4.2.3 Gevoel (niet) gewaardeerd/ vertrouwd te worden

Zowel Tom als Bram hebben een ervaring van gevoel (niet) gewaardeerd/ vertrouwd te worden als medewerker. De ervaringen verschillen nogal van elkaar. De coördinator van Tom heeft aangegeven om tegen het advies van de gedragsdeskundige in te handelen: “we gaan het gewoon zo doen op de manier hoe jij het hebt aangedragen”. Terwijl Bram pas na aandringen van zijn team aanwezig mocht zijn bij teamvergaderingen. Ook kreeg Bram pas een contract voor onbepaalde tijd nadat HR de zorgmanager vertelde dat dit verplicht was.

“Ik heb het gevoel dat zij mij, mijn enthousiasme en inzet, erg waarderen.” [Tom]

“Ik hoorde van de zorgmanager: “Je mag mee naar een vergadering”. Ze deed het klinken alsof het een promotie was. Ik denk dat veel mensen hadden gedacht: ‘fuck jullie, ik ga weg’. Want ik voelde me niet gezien, niet gewaardeerd, en voor mij duizend andere.” [Bram]

... “Toen schreef ze: “Ik ben het hier niet mee eens, ik wil geen vast contract geven”. Daaruit bleek dat ze geen vertrouwen in mij had. Dit gaf mij een bewijsdrang: ‘ik heb jou niet nodig, ik ben hier voor de zorgontvanger’. Maar het was niet leuk dat de manager geen vertrouwen in mij had.” [Bram]

De ervaring van een *gevoel oneerlijk behandeld te worden* is door Bram en Simone soortgelijk ervaren. Simone kreeg van haar zorgmanager te horen dat zij toch niet de afgesproken functie kreeg omdat er iemand gezocht werd die ouder was en meer ervaring had. Ze “hoorde via-via dat ze een jonger persoon, met minder ervaring had aangenomen voor de

functie. Ik vond dit niet leuk en heel oneerlijk”. Bram kon, tegen de afspraak in, toch niet startte met de opleiding omdat andere collega’s voorgingen.

“We hadden echter afgesproken dat ik die opleiding mocht starten, maar dat kon niet. Daar begon al het eerste waarvan ik dacht 'ja, fuck jullie'.” [Bram]

4.3 De kwetsbaar balans tussen samenwerken en missen van samenwerking

Naast het thema *de kwetsbare balans tussen samen en alleen* (§4.2) is er het thema *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking* (§4.3). Dit tweede thema is niet los te zien van het eerste thema maar is toch wezenlijk anders. Een centraal gevoel binnen dit thema is ‘zie jij wanneer ik hulp nodig heb, en geef jij mij dit?’. De ervaringen binnen het thema *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking* kunnen als volgt worden gedeut: afwezigheid van aansturing op de werkvloer, gemis van aansturende staf die mij helpt wanneer nodig is, gemis van persoonlijke betrokkenheid/niet gezien worden als mens en spanning tussen perspectief gedragsdeskundige en team.

4.3.1 Afwezigheid van aansturing op de werkvloer

De ervaring van de afwezigheid van aansturing op de werkvloer gaat om het organiseren van de randvoorwaarden opdat de zorgmedewerkers goede zorg kunnen verlenen. In het geval van Tom is zijn behoefte vooral gericht op het creëren van een goed werkklimaat, volgens hem heeft hij hiervoor eerst een goed team nodig, iets wat lastig te creëren is in deze tijd van schaarste op de arbeidsmarkt. Voor Simone gaat de ervaring over het krijgen van aansturing, maar die niet werkbaar is. Bram heeft geen zorginhoudelijke gesprekken met de gedragsdeskundige gekregen, dit vindt hij jammer.

“Ook mis ik wel een leidinggevenden of een coördinator die vaker op de groep komt om mensen aan te spreken, maar ook een keer ziet hoe het er hieraan toe gaat. Om zodoende collega’s aan te spreken op hun gedrag, in plaats van in een mail. De zorgmanager kan zorgen dat er coördinatie op de werkvloer komt. Nu wordt er van ons verlangd dat wij de taak oppakken om andere mensen aan te spreken. Waar ik tegenaan loop is dat het werken op de groep te vrijblijvend is.” [Tom]

“Zij zeggen hoe het moet, terwijl ze eigenlijk geen idee hebben of dit überhaupt werkt.” [Simone]

4.3.2 Aansturende staf die mij helpt wanneer nodig is

De ervaring gemis van aansturende staf die mij helpt wanneer nodig is (§4.3.2). lijkt op de ervaring van afwezigheid van aansturing op de werkvloer maar gaat iets verder dan dat. De ervaring van gemis van hulp van de aansturende staf (§4.3.1). speelt zich meestal af op het moment dat hulp gewenst is, de afhankelijkheid en kwetsbaarheid is op zulke momenten groter. Wat alle zorgmedewerkers betreffende gemis van aansturende staf die mij helpt wanneer nodig is verbonden is dat zij graag iemand hebben die begrijpt hoe het erop de werkvloer aan toe gaat, die meehelpt wanneer het nodig is en dichtbij de werkvloer staan.

“Ook zou een manager die meehelpt met een escalatie, of een coördinator die een uurtje meehelpt als iemand te laat is heel prettig zijn... Maar ik ben wel degene die op de werkvloer staat en dat is anders dan als je het achter een computer regelt.” [Tom]

“Overal zie ik managers vooral op de achtergrond aanwezig, terwijl wij zo hard rennen. Ik zou een manager willen die durft aan te pakken, zijn handen vuil te maken om te ondersteunen, als we mensen tekortkomen dat ze aan bed helpen... Zo leren ze ook hoe het op de werkvloer gaat... Dan denk ik: ‘eigenlijk moet je een dag meelopen om te zien wat er gebeurt’.” [Simone]

“Wij staan er en maken het mee, de zorgmanager en gedragsdeskundigen zitten maar op kantoor en die lezen alleen wat wij meemaken.” [Stefan]

“Ik ervaar de samenwerking met de manager als geen samenwerking, ze staat veel te ver van de groep. Ze weet niet precies wat het inhoudt om op de groep te staan, en wat de zwaarte van dit beroep is.” [Bram]

De ervaring van Simone komt overeen met haar ervaringen dat de zorgmanager voornamelijk in het kantoor zit of haar stimuleert sneller te werken. Ook de ervaring van Bram is niet te los te zien van zijn andere ervaringen met zijn manager: hij voelt zich oneerlijk behandeld en genegeerd. Echter, blijkt het team ook een functie te vervullen in het ervaring van hulp, zoals te zien is in de ervaring van Stefan.

“Want als team hebben we gewoon keihard geknokt, en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht. Als dat er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken.” [Stefan]

4.3.3 Ervaring van het gemis van persoonlijke betrokkenheid/gezien worden als mens

De ervaring van het gemis van persoonlijke betrokkenheid/gezien worden als mens lijkt op de voorgaande ervaringen, maar richt zich specifiek op de behoefte van menselijk contact en interactie, en gaat daarmee verder dan de professionele behoefte. Zo voelt Simone zich door haar zorgmanager zich niet gehoord omdat als zij op locatie kwam gelijk het kantoor in ging. Ook tijdens het re-integreren na haar operatie had ze niet gevoel dat er rekening werd gehouden met haar persoonlijke grenzen. Ook Bram en Stefan hebben een soortgelijke ervaring, Bram had het gevoel dat de zorgmanager er vanaf het begin met een gestrekt been inging. Voor Bram geldt dat hij vooral erkenning en menselijkheid zoekt. Terwijl Stefan zich niet gesteund voelde door de gedragsdeskundige na het heftige incident, de gedragsdeskundige wilde voornamelijk weten wat Stefan anders had kunnen doen. Hij geeft aan vooral de behoefte te hebben om gehoord en gezien te worden.

“Volgens mij wilde de manager dat ik sneller aan het werk ging dan dat ik lichamelijk aankon, ze bleef maar aangeven dat ik moest re-integreren. Dat vond ik wel erg jammer, ik miste daarin steun van haar. Dat deed mij wel een beetje verdriet. Ik bleef daardoor eigenlijk liever bij haar uit de buurt. Het liefst had ik gezien dat ze een berichtje had gestuurd met de vraag hoe het met mij ging en dat zij mij succes en sterkte wenste.” [Simone]

“Ik had liever gezien dat ze erkende: 'je werkt zo hard, en doet het zó goed en we zijn hartstikke blij met jou'. Het gaat mij erom dat je mij ziet. Een stukje menselijkheid, dat is er niet... Dat mis ik, en dat heb ik afgelopen twee jaar gewoon gemist. Door bovenstaande voorbeelden voel ik mij een pionnetje, voor mij tienduizend andere. Dan is geen fijn gevoel. Ik heb liever dat iemand waardering uitspreekt... gewoon een compliment en gezien worden is genoeg.... In de eerste zes maanden heb ik vaak gedacht: 'zit ik hier op de juiste plek?'. Als je je niet gewaardeerd voelt, dan speelt dat wel in je hoofd af. Ik speel met gedachten om ergens anders te gaan werken en misschien wel weg te gaan uit de sector.” [Bram]

“Ik had wel gehoopt dat ze empathie zou tonen voor mijn manier van handelen. En dan pas later had ze kunnen zeggen hoe ik anders had kunnen handelen.” [Stefan]

“We hebben vaak een botsing gehad in de vergadering, dat zij tegen mensen zei “donder op” of “lul toch niet joh”. Je kan best een keer botsen, maar ik vind dat het respectvol moet gaan.” [Bram]

Wel of niet gezien worden als mens lijkt voor de zorgmedewerkers belangrijk te zijn. Bij Simone zorgt het niet gezien worden dat ze verdrietig wordt en liever uit de buurt blijft van de zorgmanager.

4.3.4 Spanning tussen perspectief gedragsdeskundige en team

Ook op het gebied van spanning tussen perspectief gedragsdeskundige en team zijn er overeenkomsten. De zorgmedewerkers bevinden zich in posities waarbij de gedragsdeskundige een ander perspectief op de zorg heeft dan het team. Dit verschil in inspraak in de besluitvorming is een vorm van machtsverschil en leidt soms tot de ervaring van afhankelijkheid en kwetsbaarheid.

We hebben een psychotische patiënt gehad, die niet zo goed binnen de groep paste. Wij overvroegen haar, we hebben dit in die periode meerdere malen aan de behandelaar aangegeven. Elke keer kregen we het antwoord dat ze op andere afdelingen ook niet paste. [Simone]

Ik heb duidelijk aangegeven dat ik het er niet mee eens was. Ze reageerde heel kortaf op mijn voorstel, haar wil is wet. Het stukje hoop of vertrouwen in haar vervloog daarmee. [Bram]

Bij Stefan leidden de gesprekken uiteindelijk tot een overeenstemming.

“Zo ging het een tijdje niet zo goed met een zorgontvanger. Als team vonden wij dat deze zorgontvanger tijdelijk naar een crisis moest. Maar de gedragsdeskundige vond van niet. Wij vonden dat er ook naar de andere zorgontvangers en hun veiligheid gekeken moest worden. Dus dat was wikken en wegen... Uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen.” [Stefan]

De ervaring van Tom is anders dan bovenstaande; hij vertelt niets over zich neerleggen bij het besluit van de gedragsdeskundige of opnieuw het gesprek aan te gaan. Hij, en zijn team, besluiten in zulke situaties zelf wat werkt.

“Maar wij vinden dan oplossingen, we weten wel wat goed en fout is. Wij geven dan aan de gedragsdeskundigen: “Wij hebben dit besloten om te gaan doen” en we komen op die manier eigenlijk altijd er wel uit want wij moeten elke dag meerdere kinderen op tijd uit bed halen.” [Tom]

4.4 De ervaren destabiliserende emoties door ervaring van afhankelijkheid

Het thema werp *de ervaren destabiliserende emoties* tijdens het werken laat ervaringen zien die kunnen worden toegekend aan de ervaringen van afhankelijkheid van de zorgmedewerkers. Deze emoties ontstaan in wisselwerking met de aansturende staf en zijn daarmee niet los te zien van de ervaringen van *de kwetsbare balans tussen samen en alleen* (§5.2) en *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking* (§5.3) waar mogelijk worden deze ervaringen daarom met elkaar verweven. De ervaringen binnen dit thema kunnen als volgt worden gevat: gevoel van onmacht, gevoel van twijfels over eigen bekwaamheid, gevoel van kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid en het gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen vanwege werkdruk

4.4.1 Gevoel van onmacht

Vooraf Tom ervaart een gevoel van onmacht. Zijn ervaring is dat collega's moeten veranderen op de werkplek, ze moeten volgens hem *verantwoordelijkheid nemen: de basiszorg uitvoeren en niet op de bank of op hun telefoon zitten*. Hij heeft het gevoel dat de aansturende staf hier niet genoeg ondersteuning in biedt.

“Alleen ik kan niet iemand anders veranderen.” [Tom]

4.4.2 Twijfel over haar eigen bekwaamheid

Simone ervoer gevoelens van twijfel over haar eigen bekwaamheid. Dit kwam omdat zij kennis miste over het sociaal therapeutisch klimaat. Dit maakte haar onzeker. Behandelaren hadden haar deze informatie kunnen geven.

“Het zou fijn zijn om informatie te krijgen over de begeleiding. Want de behandelaren weten goed hoe de afdeling en patiëntenpopulatie in elkaar zit, dat had mij ook wel geholpen.” [Simone]

4.4.3 Gevoel van kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid

Beide ervoeren ook een spanning tussen kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid. Dit ontstond in situaties waarin ze voor een grote uitdaging stonden en niet iemand hadden om op terug te vallen. Deze ervaring verhoudt zich daarmee tot balans tussen samenwerken en missen van samenwerking en van ondersteuning op de werkvloer.

“Ik voelde een behoorlijke verantwoordelijkheid omdat ik regelmatig alleen stond met behoorlijk gecompliceerde bewoners. Dit terwijl ik geen zorgachtergrond heb. Maar

op die locatie was zoveel onrust en hulp nodig, dat ik snel betrokken ben geraakt met de bewoners en de organisatie...” [Tom]

“Hierdoor moest ik een protocol opstellen met: ‘wat gaan we doen, waar is ze nu?’. Ik dacht: ‘shit het is mijn eerste dienst maar ik weet eigenlijk niet zo goed hoe het werkt hier’. De eerste dienst waarop ik niet meer boventallig stond voelde ik mij een beetje losgelaten en zoek het maar uit eigenlijk...” [Simone]

4.4.4 Gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen

Dit leidden voor beiden ertoe dat ze een gevoel hadden hun werk niet goed te kunnen uitvoeren. Zoals te zien in de onderstaande quotes, welke een vervolg zijn van bovenstaande.

“...soms dacht ik dat het wel een beetje veel was.” [Tom]

“...die dienst was chaotisch.” [Simone]

Ook Stefan en Bram hebben de ervaring gehad dat ze hun werk niet goed konden uitvoeren vanwege werkdruk. Dit leidden in de gevallen tot een afname van het werkplezier.

“Ik ben een tijdje niet met plezier naar mijn werk gegaan want de werkdruk is hoog, ik liep achter de feiten aan.” [Stefan]

“Dit heeft verschillende redenen, een is dat ik in mijn dienst 1001 verplichtingen en taken heb, hierdoor kan ik de zorgontvanger niet optimaal begeleiden. Dat vind ik moeilijk, want dat is niet waarom ik hier ben.” [Bram]

4.5 Conclusie

De geleefde ervaringen van de zorgmedewerkers hebben een mate van ambiguïteit en particulariteit, zowel binnen, als tussen, de thema's. Dit maakt dat ervaringen wisselt overeenkomen en in sommige gevallen gebruiken de zorgmedewerkers andere bewoordingen maar ervaren zij een soortgelijke ervaring. Desalniettemin is er op verschillende gebieden een samenhang zichtbaar.

De ervaring van *de kwetsbare balans tussen samen en alleen* (§4.2) kenmerkt zich door de frequente wisselingen van de zorgmanagers. De zorgmedewerkers hebben wisselde ervaringen met het gevoel terecht te kunnen bij ondersteunde staf, sommige hebben het gevoel dat dit afwezig is, terwijl het voor andere voelt alsof zij altijd terecht kunnen bij iemand. Voor de meeste zorgmedewerkers geldt dat zij niet het gevoel hebben gezien te worden als mens, dit brengt verdriet en frustratie met zich mee. Gewaardeerd of vertrouwd worden wordt door de

zorgmedewerkers wisselend ervaren, sommige voelen zich erg gewaardeerd, terwijl andere het idee hebben niet vertrouwd te worden. De zorgmedewerkers die het gevoel hebben niet vertrouwd te worden, ervaren meestal ook een oneerlijke behandeling. Dit gaat meestal over het niet nakomen van afspraken.

In het thema *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking* (§4.3) staat de afwezigheid van aansturing op de werkvloer centraal, alle zorgmedewerkers hebben deze ervaring. Ze hebben het gevoel dat de aansturende staf niet dicht genoeg bij de werkvloer staat. Dit hangt samen met het gemis van aansturende staf die helpt wanneer nodig is, de meeste zorgmedewerkers hebben het idee op zulke momenten geen hulp te ontvangen. Voor sommige zorgmedewerkers wordt de persoonlijke betrokkenheid gemist, dit leidt ertoe dat ze minder snel geneigd zijn contact aan te gaan met de aansturende staf. Ook is er een spanning tussen perspectief gedragsdeskundige en team, welke door alle, in meer of mindere mate, wordt ervaren. Hierdoor voelen zorgmedewerkers zich minder gehoord. In dit thema is de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de zorgmedewerkers zichtbaar.

Het thema *de destabiliserende emoties door ervaring van de afhankelijkheid* (§4.4) laat ervaringen zien die kunnen worden toegekend aan de afhankelijkheid van de zorgmedewerkers. De zorgmedewerkers ervaren verschillende emoties die ontstaan in de wisselwerking met ondersteunende staf. Zo zijn er gevoelens van onmacht, twijfels over eigen bekwaamheid, kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid, en het gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen vanwege werkdruk. Kenmerkend in deze ervaringen is dat de emoties niet altijd worden gezien of dat erop wordt geanticipeerd door de aansturende staf.

De drie thema's vallen samen, hebben invloed op elkaar en zijn daarmee niet los van elkaar te zien. Dit is in het voorbeeld van Tom zichtbaar. Hij heeft een positieve ervaring met zijn zorgmanager; deze kenmerkt zich door een gevoel van samenwerken, terecht kunnen met vragen, gezien en gehoord worden als medewerker en persoon.

In het volgende hoofdstuk zijn de bevindingen van dit hoofdstuk gezien vanuit de inzichten van het theoretisch hoofdstuk (hoofdstuk 3). In het volgende hoofdstuk is er antwoord gegeven op de derde deelvraag: "Welke inzichten geeft de literatuur en de geleefde ervaring over de afhankelijkheid en de erkenningsdynamiek, ten behoeve van behoud van nieuw personeel?"

5. Dialoog tussen theorie en empirie

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de derde deelvraag: “Welke inzichten geeft de dialoog tussen empirie en theorie over de afhankelijkheid en de erkenningsdynamiek, ten behoeve van behoud van nieuw personeel?”. Om de empirische bevindingen uit hoofdstuk 4 in perspectief van behoud van personeel te kunnen duiden is eerst omschreven wat behoud behelst (§5.1). Hierna volgt de paragraaf waarin de ervaring is er *stabiliteit in de relatie met ondersteunende staf voor afhankelijkheid?* centraal staat (§5.2). Vervolgens volgt de beleving van *ervaring van nabijheid* (§5.3). Daarop volgt *de positieve ervaring van de zorgmedewerker van de samenwerking* (§5.4). Hierna wordt antwoord gegeven op de vraag *Word ik als individu gezien?* (§5.5). Waarna de beleving van *erkenning van wederzijdse afhankelijkheid* centraal staat (§5.6). Uit de bovenstaande paragrafen zijn vervolgens de kernelementen die bijdragen aan het gevoel van afhankelijkheid benoemd (§5.7). Dit hoofdstuk eindigt met de conclusie, waarin de deelvraag is beantwoord (§5.8). In dit hoofdstuk zijn door elke paragraaf de theorieën van Kittay (1999), Van Heijst (2005) Noddings (2013), Olivier-Pijpers (2020) en *practise leadership* (Beadle-Brown et al., 2014) verweven.

5.1 Behoud van zorgmedewerkers

Er zijn diverse categorieën van redenen die van invloed zijn op de wens voor zorgmedewerkers om ergens te blijven werken of weggaan (De Vries et al., 2023). Dit kan gaan om praktische of persoonlijke redenen (De Vries et al., 2023; Goh & Lopez, 2016). Eén van persoonlijke redenen is de professionele relatie. Uit onderzoek is gebleken dat ondersteunende communicatie en feedback, leiderschap en ondersteuning, en erkenning en waardering belangrijke factoren zijn binnen de professionele relatie voor het behoud van personeel (De Vries et al., 2023).

5.2 Is er stabiliteit in de relatie met ondersteunende staf voor afhankelijkheid?

Alle geïnterviewde zorgmedewerkers missen in enige mate stabiliteit in de relatie met ondersteunende staf. Door de frequente wisselingen van aansturende staf, en in het bijzonder van de zorgmanagers, is er niet voldoende stabiliteit om een relatie aan te gaan. Frequentie wisselingen van zorgmanagers, soms elk half jaar, zet de afhankelijkheid onder druk en daarmee wordt de kwetsbaarheid van de zorgmedewerker groter. Zorghetische afhankelijkheid kenmerkt zich door een biologische hang naar de ander, interpersoonlijke relaties en inlevingsvermogen (Van Heijst, 2005, Noddings, 2013). Op de momenten dat dit in het gedrang komt, bijvoorbeeld wanneer de stabiliteit van de zorgmanager afwezig is, hangt dit samen met

negatieve ervaringen bij de zorgmedewerkers. Dit heeft een impact op de ervaringen van afhankelijkheid, sommige zorgmedewerkers geven aan het “jammer te vinden dat de opgebouwde goede band weg is”. Volgens Van Heijst (2005) wordt het gemis in afhankelijkheid geassocieerd met kwetsbaarheid en verlies van controle. Dit kan leiden tot angst en onzekerheid.

Stabiliteit lijkt van invloed te zijn op de alle andere ervaringen. Immers, goede zorg voor de ander, zoals de ervaring van de zorgmedewerker van positieve nabijheid van de ondersteunende staf, begint met menselijke relaties. Zowel bij de zorgethische concepten: relationele zorg (Van Heijst, 2005), *engrossment* (Noddings, 2013), *vulnerability model* (Kittay, 1999), als bij *practise leadership* (Beadle-Brown et al., 2014) en de erkenningsdynamiek (Olivier-Pijpers, 2020) gaat om het inleven van het ene mens in de ander. Hierbij is enige vorm van relationaliteit noodzakelijk om tot interpersoonlijk contact te komen. Andere ondersteunende staf kunnen deze vorm ook bieden, zoals het geval is bij Simone en Tom. Zij werken samen met coördinatoren, die ook op de groep meewerken en daarom fysiek dichterbij de zorgmedewerkers staan. Beide ervaren met hen meer stabiliteit dan met de zorgmanager.

5.3 Ervaar ik nabijheid in de afhankelijkheid?

De zorgmedewerkers hebben verschillende ervaringen van nabijheid van aansturende staf. In sommige gevallen is sprake van een inadequate vorm van nabijheid. Zowel Simone als Bram ervaren een afstand tot hun zorgmanager en gedragsdeskundige. Simone ervoer dat de zorgmanager haar geen gedag zei en gelijk het kantoor in ging, terwijl Bram het gevoel heeft dat samenwerking ontbreekt. Volgens Noddings (1999, 2013) is nabijheid een essentieel aspect van zorgzaamheid en heeft daarmee een rol in het opbouwen van betekenisvolle verbindingen tussen mensen. Hierbij gaat het specifiek over daadwerkelijk dichtbij zijn, zowel fysiek als emotioneel. Ook volgens Van Heijst (1995) is dit belangrijk, want de afwezigheid van nabijheid belemmert de inzichten en gevoelens, welke nodig zijn voor menslievende zorg.

Het belang van directe en fysieke nabijheid is terug te zien in veel van de ervaringen. De zorgmedewerkers missen iemand die dichtbij de werkvloer staat, iemand die weet wat er speelt op de groep. Er heerst een idee dat aansturende staf veelal elders werkzaamheden hebben; dit kan op kantoor zijn, achter de laptop of andere bezigheden. Voor Simone voelt het alsof zij (de zorgmedewerkers) hard moeten rennen, terwijl de manager op de achtergrond aanwezig is. Hierin wordt gemist dat de ondersteunende staf eens meeloopt om zodoende het werk van zorgmedewerkers te ervaren. Volgens Noddings (1999, 2013) leidt directe interactie

ertoe dat de ander zich veilig en vertrouwd voelt, waarmee een basis wordt gelegd voor wederkerigheid, empathie en zorgzaamheid. Ook in de erkenningsdynamiek wordt expliciet het belang van nabij leiderschap benoemd (Olivier-Pijpers, 2020). In de ervaring van Bram is het belang van directe of nabije leiderschap zichtbaar, hij voelde zich genegerd door de zorgmanager en voelde zich daarmee oneerlijk behandeld.

Door de afwezigheid van aansturing op de werkvloer worden randvoorwaarden voor de zorgmedewerkers om goede zorg te verlenen niet altijd adequaat gecreëerd. Zo mist Bram zorginhoudelijke gesprekken met gedragsdeskundige en Simone kennis over hoe te handelen. Doordat zij niet het gevoel hebben op iemand terug te kunnen vallen wordt hun kwetsbare positie groter. Volgens Kittay (1999) is er een morele plicht om voor de *dependency workers* te zorgen omdat zij zich in een kwetsbare positie begeven. Dit gaat erom of zorgmanagers het lukt om deze morele plicht vorm te geven. Uit de ervaringen van de zorgmedewerkers blijkt dat dit niet altijd adequaat vorm krijgt.

Alle zorgmedewerkers missen hulp van aansturende staf die meehelpt wanneer dat nodig is. Dit geeft een gevoel *er alleen ervoor te staan* en is zichtbaar in verschillende ervaringen. Zo heeft Simone tevergeefs haar zorgmanager geprobeerd te bellen omdat zij een kaakoperatie moest ondergaan. Doordat zij haar zorgmanager niet kon bereiken werd het vertrouwen in de zorgmanager geschonden. Ook heeft ze niet het gevoel dat ze de behandelaren van de afdeling kan bellen in het geval van nood. De zorgmedewerkers lijken belang te hechten aan een zorgmanager of gedragsdeskundige die bereikbaar is op momenten dat zij het nodig hebben. Indien dat niet zo is, voelen zij zich gefrustreerd of niet gewaardeerd. Deze emoties zijn volgens Van Heijst (2005) kenmerkend voor relaties waarin macht oneerlijk verdeeld is, dit hangt samen met de mate van inleven in de situatie van de ander. Volgens Kittay (1999) kan juist nabijheid helpen om het inzicht in de ander te vergroten, en daarmee het vermogen tot inleven.

Volgens Simone en Tom kan deze rol van nabijheid ook vervuld worden door een coördinator. Deze staat dichterbij de zorgmedewerker, kan zich zodoende beter inleven in hun particulariteit (Noddings 2013; Van Heijst, 2005). Beide geven dan ook aan een positieve ervaring van afhankelijkheid te hebben met hen.

Voor Tom heeft een positieve ervaring van samenwerking gehad, hij kon voor zijn gevoel zowel bij zorgmanager als coördinator terecht.

5.4. Ervaar ik de samenwerking als zorgmedewerker als positief?

In deze paragraaf gaat het over de samenwerking tussen ondersteunende en de zorgmedewerker. Wat voor Tom de samenwerking zo positief maakte was dat hij met al zijn vragen terecht kon, er werd naar hem geluisterd en de zorgmanager zei: “Laat het weten als je iets nodig hebt”. Hij had gevoel dat hij gewaardeerd werd en dat het contact gelijkwaardig was. In deze vorm van samenwerken zijn kenmerken van *practise leadership* zichtbaar: er is een actieve ondersteuning gericht op de behoefte van het individu (Beadle-Brown et al., 2014). Tevens lijkt sprake te zijn van relationele zorg: de zorgmanager is responsief en reageert zorgzaam (Noddings, 1993, 2013; Van Heijst, 2005). Hierdoor voelt Tom zich gehoord, begrepen en gezien, iets wat Van Heijst (2005) in haar werk omschrijft als belangrijke criteria. Tevens heeft Tom het gevoel vertrouwd te worden als medewerker, volgens Kittay (1999) is vertrouwen een cruciale factor in het opbouwen van een succesvolle zorgrelatie, specifiek in situaties waarin sprake is van afhankelijkheid. Door vertrouwen ontstaat veiligheid, en daarmee een betekenisvolle en effectieve zorgervaring.

Een tegengestelde ervaring had Bram, hij voelde zich niet vertrouwd door zijn zorgmanager omdat hij niet werd uitgenodigd voor de teamvergadering. Gebrek aan vertrouwen maakt de ongelijke machtsverhouding zichtbaar. Volgens Van Heijst (2005) leidt ongelijke machtsverhouding tot een gevoel van verlies van autonomie, dit kan zorgen voor een gevoel van onrechtvaardigheid, iets wat druk zet op de mate van relationele zorg. Uit het werk van Kittay (1999) wordt duidelijk dat verstoring van het gevoel van vertrouwen aantasting doet aan het gevoel van waardigheid van de ander. Dit is terug te zien in de reactie van Bram; “Ik denk dat veel mensen hadden gedacht 'fuck jullie, ik ga weg'. Want ik voelde me niet gezien, niet gewaardeerd, en voor mij duizend andere.”.

Ook volgens Olivier-Pijpers (2020) is het voor de zorgmedewerkers van belang om gezien te worden in hun emotionele behoefte. Veronachtzaming van emoties leidt tot afsluiten van de zorgmedewerkers voor de aansturende staf. Dit kan volgens Olivier-Pijpers (2020) op drie manieren.

Een eerste manier van veronachtzaming doet zich voor wanneer ondersteunende staf de zorgmedewerkers willen meenemen in het juiste beeld van de zorgontvanger en de gewenste wijze waarop begeleiders in dit verband zouden moeten handelen (Olivier-Pijpers, 2020). Op de momenten dat zorgmedewerkers te veel worden meegenomen kan dit leiden tot een situatie waarin ze niet meer meebewegen. Dit is zichtbaar in de ervaring van Tom. Hij heeft besloten

om tegen het advies van de gedragsdeskundige in te handelen. In gesprekken met aansturende staf wordt het perspectief van de zorgmedewerkers niet op dezelfde waarde ingeschat en zodoende wordt er iets besloten wat niet met hun wensen overeenkomt. Dit verschil in macht zorgt voor een gevoel van niet gehoord worden en leidt tot kwetsbaarheid en afhankelijkheid.

Van Heijst (2005) geeft aan dat ongelijkwaardige machtsverhoudingen, een gebrek aan inspraak en besluitvorming inbreuk doet op de ervaring van afhankelijkheid. Dit kan leiden tot een gevoel van onrechtvaardigheid en het verlies van controle.

In sommige situaties wordt een zorgmedewerker helemaal niet meegenomen in de gewenste wijze waarop begeleidt dient te worden. Zo ervaart Simone een gebrek aan kennis over het behandelklimaat en heeft Bram zorginhoudelijke gesprekken met de gedragsdeskundige gemist. Dit draagt bij aan een gevoel van richtingloosheid en een gebrek aan kennis. Hierbij hangt een gevoel van onzekerheid en onbekwaamheid samen. Dit kan leiden tot spanning tussen kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid. De zorgmedewerkers hebben hierbij het gevoel van een grote verantwoordelijkheid, welke zij niet geheel zelf konden dragen en waar geen ondersteuning werd geboden. Dit leidde tot een positie waarin ze het gevoel hadden hun werk niet goed te kunnen doen. Volgens Noddings (1993, 2013) is er een morele verantwoordelijkheid voor het welzijn van de *one-caring*, dit gaat om de plicht om adequate ondersteuning te bieden aan de zorgmedewerker. Volgens Noddings (1993, 2013) gaat dit om de verantwoordelijkheid om betrokken te zijn, hierbij is aandachtig en empathisch zijn van belang. Vanuit de betrokkenheid kan de bereidwilligheid ontstaan om passende acties te ondernemen om zodoende te voldoen aan de behoeften van de zorgmedewerker. Doordat zorgmedewerkers op voorhand niet worden meegenomen en er alleen voor staan ontbreekt het aan deze betrokkenheid.

De tweede manier waarop emoties kunnen worden veronachtzaamd, heeft te maken met het idee dat de zorgontvanger centraal staat (Olivier-Pijpers, 2020). Dit idee impliceert dat het belang van de zorgontvanger het belangrijkste referentiepunt is. Zo'n ervaring lijkt Stefan te hebben ervaren in het contact met de gedragsdeskundige over de heftige escalatie, zij wilde vooral spreken over de beleving van de zorgontvanger en wat Stefan anders had kunnen doen. Stefan miste in het gesprek begrip en empathie. Empathie en begrip zijn cruciaal om de ondersteuning af te stemmen op de unieke situatie en behoeften van de zorgmedewerker. Zonder empathie en begrip wordt het, volgens Van Heijst (2005), ingewikkeld om een gevoel van vertrouwen en veiligheid te creëren.

Een derde manier van veronachtzaming van emoties doet zich voor wanneer managers niet beschikbaar zijn voor de emotionele behoeften van zorgmedewerkers (Olivier-Pijpers, 2020). Tom en Stefan hebben hierin een positieve ervaring gehad. Zij ervoeren dat hun emotionele behoefte werd gezien door de ondersteunende staf. Zo was voor Stefan “het contact na het incident hecht, de zorgmanager vroeg later of het ging, of ik nog een gesprek wilde”. Deze ervaring lijkt overeen te komen met het idee van affectieve responsiviteit met de ander van Noddings (1984). Hierbij gaat het erom om te zien door de ander zijn ogen. Het lijkt dat de zorgmanager de impact van de situatie op Stefan adequaat heeft ingeschat, ze lijkt het te doorleven samen met hem en sluit daardoor aan bij zijn behoefte.

Om te zien door de ogen van de ander dient de verantwoordelijke ervoor te kiezen om *engrossed* te worden. Eigen belangen en perspectieven dienen tijdelijk opzijgezet te worden om empathisch naar de ander toe te kunnen treden (Noddings, 1984). Vanuit Tom zijn perspectief “ligt dit ook vooral aan de persoon: is iemand open, eerlijk, betrokken en betrouwbaar, maar gewoon zichzelf.”. Hierin zijn eigenschappen van leiderschap terug te zien die ook Beadle-Brown et al., (2014) benoemen bij *practise leadership*.

Een belangrijke, andere ervaring, die met *ervaar ik de samenwerking als positief* samenhangt, is dat alle zorgmedewerkers het gevoel hebben dat de aansturende staf te ver van de werkvloer staat en daardoor niet goed weet wat er speelt of hoe zwaar het werk is (§6.3).

5.5 Word ik gezien als individu?

In deze paragraaf gaat het over de zorgmedewerker als individu. Een individu met eigen grenzen, normen & waarden en ideeën over gewenste omgangsvormen. Samen met de ervaring van *positieve samenwerking* (§6.4) kan een gevoel ontstaan *gezien te worden* als individu. Vooral Stefan en Tom hebben dit ervaren. Stefan vond het hechte contact, na het incident waarbij zijn persoonlijke alarmsysteem niet werkte, fijn. De zorgmanager stuurde toen meerdere berichtjes naar hem. Deze vorm van betrokkenheid en inleven lijkt verder te reiken dan de professionele context. Er lijkt sprake te zijn van een relationele benadering van de zorgmanager naar Stefan, waarin, en waardoor, een betekenisvolle relatie ontstond. En het is juist in deze betekenisvolle relatie dat gevoelens zoals wederzijds vertrouwen, veiligheid en waardigheid tot hun recht komen (Van Heijst, 2005).

De ervaringen van vertrouwen, veiligheid en waardigheid heeft ook Tom ervaren in het contact met zijn zorgmanager. Wat voor Tom het contact zo positief maakte was dat hij het

gevoel had zichzelf te kunnen zijn en het contact gelijkwaardig was, dit lijkt op een vorm van persoonlijke betrokkenheid.

Volgens Olivier-Pijpers & Landman (2020) is het van belang dat de zorgmedewerkers het gevoel hebben dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de emoties die zij ervaren. Op het moment dat deze worden veronachtzaamd, en daarmee de emoties niet worden gezien of gehoord, kan een gevoel van onrechtvaardigheid ontstaan. Ook kan er een emotionele onderstroom actief worden, op dit soort momenten raden Olivier-Pijpers & Landman (2020) aan om niet over deze emoties heen te stappen of te rationaliseren, maar ze te erkennen. In de ervaringen van de andere zorgmedewerkers lijkt een gemis te zijn aan deze vorm van erkenning.

De meeste zorgmedewerkers missen persoonlijke betrokkenheid. Het lijkt alsof dit gemis vooral komt door een gebrek aan kleine gebaren, zoals: een berichtje bij ziekte, een begroeting bij binnenkomst of een luisterend oor. Deze ervaringen van gemis van persoonlijk contact zou door Noddings (2013) geduid worden als niet volledige *engrossment*. Het lukt de zorgmanager niet zich bloot te stellen aan volledige betrokkenheid met het welzijn van de ander. Dat het gemis van deze kleine gebaren samenhangen met een groter gevoel is te zien in de ervaring van Bram; voor hem zou “een compliment en gezien worden” al genoeg zijn. Het gemis hiervan omschrijft hij als “een gemis van een stukje menselijkheid”.

Sommige zorgmedewerkers hebben het gevoel dat tegen hun grenzen en waarden als individu wordt gehandeld. Zo heeft Simone tijdens het re-integreren niet het gevoel dat er rekening werd gehouden met haar persoonlijke grenzen. Bram ervaarde dat “de zorgmanager er vanaf het begin met een gestrekt been inging”. Tijdens vergaderingen waren er botsingen waarbij de zorgmanager zich fel uitsprak tegen zorgmedewerkers, Bram vond dat de woorden respectloos waren. Volgens Noddings (2013) is het van belang dat de subjectieve afhankelijkheid van het individu gezien wordt vanuit de unieke persoonlijke situatie en context. Via nabijheid en betrokkenheid kan *engrossment* ontstaan. Een gebrek aan *engrossment* leidt in deze gevallen tot een spanning met persoonlijke grenzen en waarde. Volgens Kittay (1993) is er een morele plicht om de grenzen en waarde te respecteren. In de ervaringen van Simone en Bram is een gemis van deze vorm van betrokkenheid en *engrossment* zichtbaar. Ook vanuit de theorie van *practise leadership* is duidelijk dat er focus moet zijn op alle aspecten van de zorgmedewerker en zijn werkzaamheden, dat de ondersteuning georganiseerd dient te worden rondom persoonlijke behoeften (Beadle-Brown et al., 2014).

Het is zichtbaar dat de ervaringen van afhankelijkheid niet los van elkaar staan, ze hebben een vorm van invloed op elkaar. Het lijkt dat het gebrek van adequate (positieve) samenwerking (§6.3 & §6.4) ook een weerslag heeft op de mate van *gezien worden als individu*.

Dit is ook zichtbaar in de ervaring Tom, welke hij als positief omschrijft. Zijn ervaring kenmerkt zich met het hebben van een goede band, gevoel van terecht kunnen, waardering en wederkerigheid. Dit ligt volgens Tom aan de persoon waarmee hij samenwerkt. Het is daarmee niet verwonderlijk dat Tom weggaat op het moment dat de zorgmanager weg gaat. De afhankelijkheid in de relatie wordt als positief ervaren, de verantwoordelijkheid wordt genomen en de behoeftes worden herkend waardoor hij des te meer opziet tegen het verlies ervan en het wederom moeten aangaan van een nieuwe relatie met een nieuw zorgmanager.

5.6 Is er erkenning van wederzijdse afhankelijkheid?

Volgens Kittay (1999) is afhankelijkheid geen eenrichtingsverkeer maar eerder een wederzijdse relatie tussen beide waardoor er een wederzijdse afhankelijkheid ontstaat. Noddings (2013) vult aan dat er altijd sprake is van een onderlinge verbondenheid en *interdependentie* tussen mensen. Er dient een wederzijdse uitwisseling gecreëerd te worden waarbij beide partijen betrokken zijn en bijdragen aan elkaars welzijn. De meeste zorgmedewerkers hebben geen gevoel van erkenning van wederzijdse afhankelijkheid. Bram heeft het gevoel “een pionnetje te zijn, voor hem duizend andere”.

Tom heeft echter wel de ervaring van wederkerigheid in de relatie met zijn zorgmanager ervaren. Volgens Van Heijst (2005) is wederkerigheid helpend in de afhankelijkheid omdat het samenhangt met wederzijds luisteren naar elkanders perspectieven, en dat dit bijdraagt aan de collectieve besluiten. Het helpt ook omdat negatieve emoties, zoals: onmacht, onrechtvaardigheid en verlies van controle worden verminderd.

Het zijn juist deze emoties die zichtbaar worden in de ervaring van Simone. Zij voelde zich niet gehoord omdat de zorgmanager wilde dat zij sneller ging re-integreren dan zij aan kon. Een gevolg was dat Simone liever niet meer in de buurt wilde komen van de zorgmanager.

Met deze woorden legt Simone de aanwezigheid van wederzijdse afhankelijkheid bloot. De zorgmedewerker en aansturende staf zijn verweekeld in een intieme dans waarbij ze beide elkaar moeten aanvoelen, anticiperen op de ander, en rekening met elkaar houden opdat beide in de dans blijft.

5.7 De kernelementen van afhankelijkheid

Met de inzichten uit de zorgethische literatuur en de interviews met de zorgmedewerkers lijken er bepaalde kernelementen van belang te zijn voor het gevoel van afhankelijkheid in de relatie tussen zorgmedewerker en aansturende staf. Deze kernelementen dragen allemaal bij aan de mate van afhankelijkheid in de relatie. De belangrijkste kernelementen in de ervaring van afhankelijkheid zijn: stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen, vertrouwen, waardering, gezien worden, adequate ondersteuning, gelijkwaardige machtsverhoudingen en wederkerigheid in de relatie.

Deze kernelementen kunnen alle in meer of mindere mate aanwezig zijn in de relatie met aansturende staf. De mate waarin zij aanwezig zijn heeft een invloed op het gevoel van afhankelijkheid in de relatie. Deze kernwaarden staan niet op zichzelf; zij hebben alle invloed op elkaar en hangen met elkaar samen. Doordat elke zorgmedewerker anders is, worden de kernwaarden anders geïnterpreteerd. Dit leidt ertoe dat elke unieke relatie een eigen karakter heeft. Een overeenkomst tussen alle ervaringen is dat hoe minder de kernelementen worden ervaren, hoe meer dit bijdraagt aan het gevoel van afhankelijkheid.

5.8 Conclusie

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de derde deelvraag: “Welke inzichten geeft de dialoog tussen empirie en theorie over de afhankelijkheid en de erkenningsdynamiek, ten behoeve van behoud van nieuw personeel?”.

Alle ervaringen van de zorgmedewerkers hebben een mate van ambiguïteit en particulariteit waardoor het niet zo eenvoudig is om tot een eenduidig antwoord te komen. De theorieën van Kittay (1999), Van Heijst (2005), Noddings (2013), Olivier-Pijpers (2020) en *practise leadership* geven richting aan het concept afhankelijkheid, waardoor bepaalde overeenkomsten tussen de zorgmedewerkers zichtbaar worden.

In het volgende hoofdstuk zijn de bevindingen vanuit andere perspectieven bekeken en zodoende ter discussie gesteld. Waarna vervolgens de hoofdvraag van het onderzoek is beantwoord. Er is afgesloten met de beperkingen van huidig onderzoek en er zijn aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

6. Conclusie, discussie, beperkingen en aanbevelingen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde “Hoe ervaren nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers de erkenningsdynamiek, wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin, en wat voor inzichten geeft dit ten behoeve van behoud van nieuw personeel?”, in het laatste hoofdstuk van dit onderzoek is de conclusie van de hoofdvraag verwoord (§6.1). Tevens zijn er in de discussie twee punten beschreven die een ander licht doen schijnen op de bevindingen en resultaten (§6.2). Vervolgens wordt er stil gestaan bij beperkingen van dit onderzoek (§6.3) en worden de gehanteerde kwaliteitscriteria besproken (§6.4). Dit hoofdstuk sluit af met aanbevelingen voor de praktijk (§6.5) en voor vervolgonderzoek (§6.6).

6.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: “Hoe ervaren nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers de erkenningsdynamiek, wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin, en wat voor inzichten geeft dit ten behoeve van behoud van nieuw personeel?”. De ervaringen van de zorgmedewerkers die aan dit onderzoek deelnamen, vertonen verschillende gradaties van ambiguïteit en particulariteit, waardoor er geen eenduidig antwoord op deze vraag te formuleren is. Echter, verschillende (hoofdzakelijk zorgethische) theoretische perspectieven, zoals die van Kittay (1999), Van Heijst (2005), Noddings (2013), Olivier-Pijpers (2020) en *practise leadership* (Beadle-Brown et al., 2014) werpen een kleurrijk licht op het concept afhankelijkheid, waardoor de overeenkomsten tussen de ervaringen van de zorgmedewerkers onthuld worden. In paragraaf 6.1.1 zijn de theoretische bevindingen verwoord. Daarna zijn in paragraaf 6.1.2 de empirische bevindingen omschreven. De empirische bevindingen zijn in dialoog gebracht met de theoretische bevindingen in paragraaf 6.1.3, waarvan getracht is deze bevindingen te vallen het beeld van de *toren van afhankelijkheid* in paragraaf 6.1.4. Tot slot, wordt in paragraaf 6.1.5 antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

6.1.1 Theoretische zorgethische visie op afhankelijkheid

In het derde hoofdstuk van dit onderzoek is theoretisch onderzoek gedaan naar de zorgethische visie op afhankelijkheid. Vanuit de zorgethische literatuur is bekend dat afhankelijkheid iets inherent menselijks is; gedurende ons leven zijn wij meerdere periodes afhankelijk van elkaar (Kittay, 1999). Mensen zijn ook wederkerig afhankelijk van elkaar, dit omdat wij alle eens zorgbehoevende zijn (Kittay, 1999; Noddings, 2013; Van Heijst, 2005). Door deze gedeelde ervaring van zorgbehoevend zijn, heeft eenieder een morele verplichting om zorg te dragen voor kwetsbare mensen (Kittay, 1999; Noddings, 2013). Vanuit de filosofie

van de zorgethiek reikt deze verplichting van zorgen verder dan de directe zorggever, wij zijn allen moreel verplicht om hen die zorg nodig hebben, en hen die zorg geven, te ondersteunen (Kittay, 1999). Hierbij dient aandacht te zijn voor het individu, binnen de specifieke context (Noddings, 2013). Dit geldt zowel in persoonlijke sfeer als binnen de professionele context. De erkenningsdynamiek van Olivier-Pijpers (2020) speelt zich af tussen zorgmedewerker en ondersteunende staf. Zorgmedewerkers worden geconfronteerd met situaties die veel emoties oproepen. Indien deze emoties niet goed worden gezien, is er volgens Olivier-Pijpers sprake van *veronachtzaming* (p. 202), hetgeen kwalijk is binnen de afhankelijkheid van zorgmedewerker met ondersteunende staf. Een leiderschapsstijl overeenkomstig met *practise leadership* (Beadle-Brown et al., 2014) lijkt helpend te zijn.

6.1.2 Empirische bevindingen betreffende afhankelijkheid

In hoofdstuk 4 zijn de ervaringen van vier zorgmedewerkers met betrekking tot afhankelijkheid in de relaties met hun zorgmanager verwoord. Hierbij worden drie thema's onderscheiden: *de kwetsbare balans tussen samen en alleen, de kwetsbare balans tussen samenwerken en het missen van samenwerking en de destabiliserende emoties door een ervaring van de afhankelijkheid.*

De *ervaring van de kwetsbare balans tussen samen en alleen* kenmerkt zich hoofdzakelijk door de frequente wisselingen van de zorgmanagers. Dit gebrek aan stabiliteit in de relatie zorgt leidt tot een gevoel van onzekerheid bij de zorgmedewerkers. Daarbij hebben zij wisselende ervaringen betreffende het gevoel terecht te kunnen bij ondersteunde staf. Sommige zorgmedewerkers hebben het gevoel dat zij goed terecht kunnen met hun vragen en behoeften, terwijl andere juist het gevoel hebben totaal niet bij hen terecht te kunnen. Ook op de ervaringen *gezien worden als mens, gewaardeerd of vertrouwd worden en eerlijk behandeld worden* hebben de zorgmedewerkers wisselende ervaringen. Sommige hebben op alle gebieden een positieve ervaring, terwijl andere zorgmedewerkers juist op alle gebieden een negatieve ervaring hebben. De zorgmedewerkers hebben veelal negatieve ervaringen op alle punten, ofwel veelal positieve ervaringen. Hierin lijkt het alsof de ervaringen sterk met elkaar samenhangen, de ene ervaring heeft enige invloed op de andere ervaring.

In het thema *de kwetsbare balans tussen samenwerken en missen van samenwerking* staat de afwezigheid van aansturing op de werkvloer centraal. Alle zorgmedewerkers hebben deze ervaring. Ze hebben het gevoel dat de aansturende staf niet dicht genoeg bij de werkvloer staat. Sommige zorgmedewerkers missen ook persoonlijke betrokkenheid, dit leidt ertoe dat ze

minder snel geneigd zijn contact aan te gaan met de aansturende staf. Daarnaast voelen niet alle zorgmedewerkers zich gezien en gehoord in hun behoeften, dit gebeurt veelal in relatie met de gedragsdeskundige. Wederom is zichtbaar dat negatieve ervaringen veelal samengaan met andere negatieve ervaringen.

Het thema *destabiliserende emoties door ervaring van de afhankelijkheid* laat verschillende emoties zien die ontstaan in de wisselwerking met ondersteunende staf. Zo zijn er gevoelens van *onmacht, twijfels over eigen bekwaamheid, kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid*, en *het gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen vanwege werkdruk*. Kenmerkend in deze ervaringen is dat de emoties niet altijd worden gezien of dat er niet adequaat wordt geanticipeerd door de aansturende staf.

Bovenstaande drie thema's vallen samen, hebben invloed op elkaar en zijn daarmee niet los van elkaar te zien. Zo is te zien dat negatieve ervaringen in de eerste thema veelal invloed hebben op de ervaringen in de andere thema's.

6.1.3 Dialoog tussen theoretische- en empirische bevindingen

De hoofdvraag van dit onderzoek is: "Hoe ervaren nieuwe, net-afgestudeerde zorgmedewerkers de erkenningsdynamiek, en wat is hun ervaring van afhankelijkheid daarin, en wat voor inzichten geeft dit ten behoeve van behoud van nieuw personeel?". Door de kernelementen die zijn verwoord in paragraaf 5.7 in dialoog te brengen met de zorgethische inzichten van Van Heijst (2005), Noddings (2013), Kittay (1999), Olivier-Pijpers (2020) en de theorie over *practise leadership* (Beadle-Brown et al., 2014) is hier antwoord op gegeven.

Stabiliteit in de relatie met de aansturende staf lijkt essentieel te zijn voor het gevoel van afhankelijkheid voor de zorgmedewerkers. De vele wisselingen van de aansturende staf, en specifiek de zorgmanagers, leidt ertoe dat er slechts beperkt een relatie kan worden opgebouwd. Ook geeft het een sterk gevoel van onzekerheid en onduidelijkheid aan de zorgmedewerkers. Voor de zorgmedewerkers gaan de frequente wisselingen van zorgmanagers samen met negatieve gevoelens, een coördinator blijkt echter ook voor stabiliteit te kunnen zorgen. Zonder stabiliteit zijn slechts beperkte mogelijkheden tot relationaliteit met de aansturende staf. Relationaliteit is noodzakelijk om tot interpersoonlijk contact te komen. Gebrek aan stabiliteit draagt bij aan een gevoel van kwetsbaarheid en verlies van controle (Van Heijst, 2005).

Nabijheid is een essentieel aspect van zorgzaamheid en heeft daarmee een cruciale rol in het opbouwen van betekenisvolle verbindingen tussen mensen (Van Heijst, 2015). Veel

zorgmedewerkers missen iemand die dichtbij de werkvloer staat, iemand die weet wat er speelt op de groep. Door de afwezigheid van aansturing op de werkvloer worden randvoorwaarden voor de zorgmedewerkers om goede zorg te verlenen niet altijd adequaat gecreëerd. De zorgmedewerkers lijken belang te hechten aan een zorgmanager of gedragsdeskundige die bereikbaar is op momenten dat zij het nodig hebben. Indien dat niet zo is voelen zij zich gefrustreerd of niet gewaardeerd.

Betrokkenheid en inlevingsvermogen is een kernelement die zich op vele wijze manifesteert. Betrokkenheid kan zich richten op de professionele omgeving als wijze van coaching en aansturing. Het kan zich ook richten op de persoonlijk leefsfeer van de zorgmedewerker, hierbij kan het gaan om empathie, inleven of betrokkenheid uiten in kleine gebaren. Het is juist deze laatste vorm die de meeste zorgmedewerkers missen, een vorm van persoonlijke betrokkenheid. Betrokkenheid is volgens Noddings (2013) een voorwaarde om in te kunnen leven in de situatie van de ander. Voor inleven is begrip en empathie van belang. Empathie en begrip zijn cruciaal om de ondersteuning af te stemmen op de unieke situatie en behoeften van de zorgmedewerker. Zonder wordt het, volgens Van Heijst (2005), ingewikkeld om een gevoel van vertrouwen en veiligheid te creëren.

Vertrouwen is volgens Kittay (1999) een cruciale factor in het opbouwen van een succesvolle relatie, specifiek in situaties waarin sprake is van afhankelijkheid. Door vertrouwen ontstaat veiligheid, en daarmee een betekenisvolle en effectieve zorgervaring. Ook is vertrouwen in de ander, volgens Van Heijst (2005), belangrijk om tot relationele zorg te komen. Sommige zorgmedewerkers hebben echter de ervaring vertrouwen te missen.

Waardering voor de *one-caring* is van belang voor relationaliteit omdat hiermee wederkerigheid in de (zorg-)relatie zichtbaar kan worden (Noddings, 2013). Ondanks dat het van belang is ervaren niet alle zorgmedewerkers waardering van de ondersteunende staf voor hun werkzaamheden

Gezien worden is volgens Olivier-Pijpers (2020) van belang om veronachtzaming van emoties te voorkomen, dit leidt namelijk tot het afsluiten van de zorgmedewerkers voor de aansturende staf. Niet alle zorgmedewerkers hebben het gevoel gezien te worden in hun emotionele behoeften, sommige ervaren zelfs dat hun emotionele behoeften wel gezien worden maar niet beantwoord. Dit leidt tot een gevoel van onveiligheid en de reactie om liever uit de buurt te blijven van de zorgmanager. Dit toont het belang van het kernelement *gezien worden* aan.

Adequate ondersteuning richt zich de op behoefte van het individu (Beadle-Brown et al., 2014). Adequate ondersteuning komt overeen met kenmerken passend bij relationele zorg het gaat om responsiviteit en zorgzaam reageren Van Heijst (2005). Sommige medewerkers ervaren adequate ondersteuning, andere ervaren inadequate of zelfs afwezige ondersteuning. Dit leidt tot gevoelens van er alleen voor staan.

Gelijkwaardige machtsverhoudingen zijn volgens Van Heijst (2005) van belang omdat de afwezigheid ervan kan leiden tot een gevoel van verlies van autonomie. Dit kan zorgen voor een gevoel van onrechtvaardigheid en onmacht, iets wat druk zet op de mate van relationele zorg. De meeste zorgmedewerkers ervaren een ongelijkwaardigheid, vooral in de samenwerking met de gedragsdeskundige. Olivier-Pijpers (2020) omschrijft dat het niet adequaat meenemen van de zorgmedewerker in de besluitvorming ertoe kan leiden dat zij niet meewerken.

Wederkerigheid in de relatie is volgens Kittay (1999) en Noddings (2013) altijd aanwezig, echter wordt dit amper zo ervaren door de zorgmedewerkers. Zo voelen ze zich bijvoorbeeld een pionnetje of een zorgmedewerker stapte geheel uit de relatie omdat zij niet meer met de zorgmanager wilde omgaan. Dit was nadat zij het gevoel had dat haar grenzen niet werden gezien.

Concluderend wordt gesteld dat alle kernelementen op hun eigen wijze bijdragen aan het gevoel van afhankelijkheid, en verhouden zich daarmee indirect tot het behoud van nieuwe zorgmedewerkers. Voor elk zorgmedewerker is de relatie met aansturende staf uniek maar overeenkomstig is dat de ervaring van afhankelijkheid steeds precairder wordt naarmate er meer kernelementen missen.

6.1.4 De toren van afhankelijkheid

De belangrijkste kernelementen in de ervaring van afhankelijkheid zijn stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen, vertrouwen, waardering, gezien worden, adequate ondersteuning, gelijkwaardige machtsverhoudingen en wederkerigheid in de relatie.



Figuur 3: De toren van afhankelijkheid (Nederhoff, 2023)

Met behulp van de beeldspraak van bouwstenen kan gedacht worden over de ervaring van afhankelijkheid als een toren. De lagen, en hoe deze zich tot elkaar verhouden, wordt het best zichtbaar aan de hand van het spel Jenga. Elke laag heeft een aantal bouwstenen, gezamenlijk maken deze bouwstenen de hoogte en stevigheid van de toren. Hoe meer bouwstenen in de toren zitten, hoe steviger de positieve ervaring van afhankelijkheid is en hoe hoger de toren kan komen. Elke zorgmedewerker ervaart een eigen unieke toren van afhankelijkheid; sommige torens zijn goed gevuld met stenen, waarbij elke laag bestaat uit meerdere bouwstenen. Andere torens hebben meer het uiterlijk van een gatenkaas; op elke laag missen bouwstenen wat zorgt voor een gevoel van gebrek aan stevigheid, maar desondanks kan de toren nog steeds hoog worden. Andere torens missen zo veel bouwstenen dat sommige lagen omvallen waarmee er een negatieve ervaring van afhankelijkheid kan ontstaan. Voor elke toren geldt; hoe lager op de toren er bouwstenen van afhankelijkheid missen, hoe minder stevig de gehele toren is en hoe hoger het risico op een precaire afhankelijkheid in de relatie.

De bouwstenen begeven zich op verschillende lagen in de toren, de onderste bouwstenen in de toren zijn het meest essentieel voor de stevigheid van de gehele toren. Bouwstenen hoger in de toren zijn wellicht minder van belang voor de stevigheid maar dragen evenveel bij aan de ervaring van afhankelijkheid. Deze volgorde van lagen is niet per se absoluut of hiërarchisch maar de lagen verhouden zich onderling tot elkaar.

Onder in de toren zien we bouwstenen stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen. Deze bouwstenen begeven zich onderin omdat uit de interviews en de zorgethische theorie blijkt dat de mate van hun aanwezigheid de meeste invloed heeft op de andere, bovenliggende bouwstenen. De ervaring van stabiliteit in de relatie met aansturende staf lijkt van groot belang te zijn voor op de opbouw van relationaliteit. De afwezigheid van relationaliteit heeft invloed op de totstandkoming van bouwstenen zoals vertrouwen, wederkerigheid en gelijkwaardige machtsverhoudingen. Ook de bouwstenen nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen hebben een invloed op bovenliggende bouwstenen zoals: waardering en adequate ondersteuning.

In het midden van de toren bevinden zich de bouwstenen vertrouwen, waardering en adequate ondersteuning. Deze liggen boven de onderliggende bouwstenen, niet omdat zij van minder belang zijn maar omdat het lijkt alsof zij volgen nadat er sprake is van een opbouw van relationaliteit. Zij begeven zich niet bovenin in de toren omdat de bouwstenen wederkerigheid in de relatie en gelijkwaardige machtsverhoudingen juist weer baadt lijkt te hebben aan de aanwezigheid van vertrouwen, waardering en adequate ondersteuning.

Bovenin in de toren zijn de bouwstenen wederkerigheid in de relatie en gelijkwaardige machtsverhoudingen. Zij lijken te kunnen bestaan indien er voldoende onderliggende bouwstenen aanwezig zijn.

6.1.5 Conclusie

Door de dialoog tussen de theorie en empirie zijn bepaalde bouwstenen zichtbaar geworden die bijdragen aan de stevigheid van de toren van afhankelijkheid. De toren helpt ons in te zien hoe de bouwstenen zich tot elkaar verhouden. Niet alle bouwstenen zijn noodzakelijk om stevigheid in de toren te behouden. Echter, hoe minder bouwstenen er zijn, hoe minder stevigheid er in de toren is. De bouwstenen begeven zich op verschillende lagen, de onderste bouwstenen in de toren zijn het meest essentieel voor de stevigheid, dit zijn: stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen. Bouwstenen midden in de toren bouwen voort op de onderliggende stenen, dit zijn: vertrouwen, waardering en adequate ondersteuning. In de bovenste laag zien we de stenen: wederkerigheid in de relatie en gelijkwaardige machtsverhoudingen, deze zijn wellicht minder van belang voor de stevigheid maar dragen evenveel bij aan de ervaring van afhankelijkheid.

Elke zorgmedewerker ervaart een eigen unieke toren van afhankelijkheid. In elke unieke toren missen andere bouwstenen. Voor elke toren geldt; hoe lager op de toren er

bouwstenen van afhankelijkheid missen, hoe minder stevigheid de gehele toren heeft en hoe hoger het risico op een precare afhankelijkheid in de relatie.

De inzichten aangaande de ervaringen van afhankelijkheid opgedaan in dit onderzoek laten een aantal bouwstenen zien die bijdrage aan een gevoel van afhankelijkheid in de relatie. Ten aanzien van het behoud van nieuw personeel wordt geconcludeerd dat al deze bouwstenen een bijdrage leveren aan het prettig kunnen (samen-)werken, daarmee zijn ze allemaal van belang. Echter, is er opgemerkt dat sommige bouwstenen eerder van belang zijn dan andere, dit omdat zij bepalend zijn voor het scheppen van een omgeving waarin andere bouwstenen weer kunnen ontstaan. Dit gaat over de bouwstenen: stabiliteit, nabijheid, betrokkenheid en inlevingsvermogen. Hiermee wordt geconcludeerd dat deze elementen het meest van belang zijn om nieuwe zorgmedewerkers te behouden op een locatie.

6.2 Discussie

In de discussie zijn een tweetal invalshoeken geformuleerd die de bevindingen en resultaten in een ander licht zetten. Het gaat om wederzijdse verantwoordelijkheid (§6.2.1) en de verhoudingen tussen de rol van de coördinator en zorgmanager binnen de organisatie (§6.2.2).

6.2.1 Wederzijdse verantwoordelijkheid

Volgens Noddings (2013) en Van Heijst (2005) heeft ook de zorgontvanger een verantwoordelijkheid in de zorgdynamiek. Het begrip zorgontvanger wordt in dit onderzoek vervuld door de zorgmedewerker, de zorgmanager is in deze vergelijking de zorggever. Noddings (2013) benadrukt dat de zorgontvanger open moet staan voor de zorg en aandacht van de zorgverlener. Dit omvat het erkennen en accepteren van de zorg, het toestaan van de zorgverlener om te helpen en het aangaan van een wederzijdse betrokkenheid. De zorgontvanger heeft de verantwoordelijkheid om diens behoeften kenbaar te maken en actief deel te nemen aan het proces van zorgzaamheid (Van Heijst, 2005). De verantwoordelijkheid voor de *one-caring* ligt dus bij zowel de zorgmedewerker als de zorgmanager (Noddings, 2013). Beide partijen hebben een rol te spelen in het creëren van een zorgzame relatie en het bevorderen van het welzijn en de groei van de zorgontvanger. Het is een gezamenlijke inspanning waarbij empathie, aandacht, respect en betrokkenheid van beide kanten nodig zijn. Ook Kittay (2013) pleit voor het besef dat zowel zorgverleners als zorgontvangers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben in zorgrelaties. Ze benadrukt dat de zorgverlener verantwoordelijk is voor het bieden van passende zorg, maar dat de zorgontvanger ook een rol

heeft in het actief deelnemen aan de zorg en het nemen van beslissingen over de eigen gezondheid en welzijn.

Dit onderzoek heeft niet stil gestaan bij de wederzijdse verantwoordelijkheid. Er is eenzijdig gekeken naar de ervaring van zorgmedewerker van de rol van de zorgmanager. Er is niet gevraagd om te reflecteren op hun eigen houding in dit proces, zoals bijvoorbeeld: verantwoordelijkheid nemen in het kenbaar maken van behoeften. Wel is in de reacties van de zorgmedewerkers terug te zien dat de zij een proactieve houding van de zorgmanager verwachten in de relatie, het is onduidelijk in hoeverre zij zelf ook een proactieve houding hebben gehad.

6.2.2 Verhoudingen tussen de rol van de coördinator en zorgmanager binnen de organisatie

In 2012 is er door kabinet Rutte II flink bezuinigd in de langdurige zorg door grootschalige hervormingen in te voeren (Woittiez et al., 2012). De verschillende zorgorganisaties zijn verschillend omgegaan met deze drastische vermindering van financiering. Sommige organisaties hebben ingezet op bezuinigingen op de bestuurlijke laag, anderen hebben juist bezuinigd op personeel, terwijl weer andere organisaties juist minder zorgmanagers hebben ingezet (Van Nijendaal, 2014). De zorgorganisatie die voor dit onderzoek is onderzocht heeft de laatste wijze van bezuiniging doorgevoerd. Hierdoor is rond 2015 de aantal zorgmanagers gehalveerd, en hun individuele *caseload* verdubbeld. De zorgmanager kwam minder dichtbij de zorgmedewerkers te staan, een gevolg daarvan was dat de teams *zelfsturend* moesten worden (Kuiken, 2013). De laatste jaren is een trendbreuk zichtbaar, steeds meer zorgorganisaties zien dat de teams moeite hebben om zelfsturend te zijn, en zijn op zoek naar andere functies die de teams toch de ondersteuning kunnen bieden (Van Gestel et al., 2020). Ook de onderzochte zorgorganisatie lijkt in deze transitie te zitten. Alle zorgmedewerkers geven aan dat zorgmanagers te ver op afstand staan, sommige zorgmedewerkers geven aan dagelijks meewerkende coördinatoren te hebben waar zij bij terecht kunnen voor hun vragen. Echter, zijn er ook zorgmedewerkers die zowel de zorgmanager op afstand ervaren, als de afwezigheid van een coördinator. Hiermee rijst de vraag op of het wel realistisch is om de zorgmanager te beoordelen op zijn kwaliteit om betrokkenheid te hebben met al zijn zorgmedewerkers, gegeven de grote caseload die zij hebben. Wellicht is het interessanter om te kijken naar hoe de organisatiestructuur van een gehele zorgorganisatie is vormgegeven om deze betrokkenheid te kunnen waarborgen.

6.3 Beperkingen

Dit onderzoek had meerdere beperkingen, de vier belangrijkste zijn hieronder verwoord. Dit zijn: beperkte generaliseerbaarheid, kleine steekproefomvang, onderzoekersbias en subjectiviteit en interpretatie.

Dit onderzoek is slechts beperkt generaliseerbaarheid. Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen van diepgaande complexiteit en betekenissen van menselijke ervaringen binnen complexe en specifieke contexten. De particulariteit van de zorgmedewerkers belemmeren de mate van generaliseerbaarheid, echter zijn er in de onderzoek bepaalde patronen zichtbaar geworden. De inzichten van deze patronen zijn wel overdraagbaar naar andere situaties (Creswell & Poth, 2018).

Door de kleine steekproefomvang (N=4) kunnen de bevindingen in mindere mate gegeneraliseerd worden. Ook beperkt dit de externe validiteit (Creswell & Poth, 2018).

Een andere mogelijke beperking van dit onderzoek is onderzoekersbias. Doordat ik zelf al jaren werkzaam binnen de organisatie, met dezelfde functie als de zorgmedewerkers, voelde ik mij vaak erg betrokken bij de zorgmedewerkers. Specifiek tijdens het afnemen van de interviews en observaties is het mij niet altijd gelukt om mijn vooronderstellingen weg te laten. Dit is tijdens de analyse beter gelukt, deels door het gebruik van een reflexief dagboek waarbij ik nadrukkelijk heb getracht *bracketing* en *bridling* toe te passen. Echter, ben ik al ruim 13 jaar een gepassioneerde zorgmedewerker, en pas sinds kort een zorgethische onderzoeker. Het is daarmee niet verwonderlijk dat ik mijn vooronderstellingen als zorgmedewerker niet altijd tegen heb kunnen houden.

Tot slot, is een mogelijke beperking van dit onderzoek dat er sprake is van subjectiviteit en interpretatie. Dit kwalitatieve onderzoek legt de nadruk op de subjectieve ervaringen en interpretaties van de zorgmedewerkers. Dit leidt tot meerdere interpretaties en verschillende perspectieven op het fenomeen afhankelijkheid. Er is getracht een systematische en transparante aanpak te volgen bij het analyseren en interpreteren van de data, maar desalniettemin is het onvermijdelijk dat interpretatie een rol heeft gespeeld.

6.4 Kwaliteitscriteria

In kwalitatief onderzoek is het van belang om kritisch te kijken, en het onderzoek te controleren op belangrijke onderdelen. Volgens Creswell & Poth (2018) zijn interne validiteit, externe validiteit en betrouwbaarheid van belang in kwalitatief onderzoek. De interne validiteit gaat over het waarheidsgehalte van het onderzoek, dit is omschreven in paragraaf §6.4.1. In de

paragraaf 6.4.2 is de externe validiteit verwoord, dit gaat over de theoretische generaliseerbaarheid. Tot slot is in paragraaf 6.4.3 de betrouwbaarheid van het onderzoek opgeschreven, dit gaat over de navolgbaarheid en herhaalbaarheid van het onderzoek.

6.4.1 Interne validiteit

De interne validiteit van het onderzoek gaat over de mate van waarheidsgehalte. Dit is getracht zo hoog mogelijk te houden, dit is onder andere gedaan door *prolonged engagement*. Doordat er gemiddeld zo'n vier momenten met de zorgmedewerkers is doorgebracht is er voldoende tijd genomen om bekend te worden met de context en de zorgmedewerkers. Dit heeft ook bijgedragen aan de mate waarin zij vertrouwen hebben gekregen. Deze vier momenten waren: kennismaking, eerste interview, observatie, tweede interview en observatie. Doordat in dit onderzoek zowel geïnterviewd als geobserveerd is, is er sprake geweest van *triangulatie*. Ook is de interne validiteit vergroot door *member-checks* uit te voeren. Hierbij hebben de zorgmedewerkers tweemaal inzage gehad in de data die over hen is geschreven. Eenmaal hebben zij de transcripten van beide interviews ontvangen. Ook hebben zij de tekstuele portretten die over hen zijn gemaakt ontvangen en is hun goedkeuring hierover gevraagd. Een zorgmedewerker had een kleine wijziging over de formulering van “functioneren onder zijn niveau”, dit is naar zijn wens gespecificeerd naar “functioneren onder zijn niveau op deze werkplek”. Naast *member-checks* is er een reflexief dagboek bijgehouden, hierin zijn mijn gedachten over het onderzoek, de data en de zorgmedewerkers verwoord. Daarin heb ik tevens veronderstellingen opgeschreven als onderdeel van *bracketing* en *bridling*. Tot slot is er *peer-review* geweest in de vorm van consultatie van begeleider en het meelesen van collega zorger in opleiding.

6.4.2 Externe validiteit

De externe validiteit van dit onderzoek gaat over de mate van generaliseerbaarheid van de bevindingen. Er is getracht dit zo groot mogelijk te maken door gebruik te maken van *purposeful sampling*; de zorgmedewerkers zijn geselecteerd op de lengte van hun carrière in de zorg (< 2 jaar) maar de overige achtergronden, kenmerken en ervaringen zijn zo verschillend mogelijk. Zo zijn er zowel mannen als vrouwen geselecteerd, in de leeftijd van 22 tot 45 jaar en zowel door- als zijinstromers. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van *thick description* in de vorm van tekstuele portretten, hierin is zowel achtergrondinformatie, persoonlijkheidskenmerken, contextuele factoren als observaties verwerkt.

6.4.3 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek gaat over de mate van navolbaarheid en herhaalbaarheid. Ook hierbij is getracht dit zo groot mogelijk te laten zijn. Dit is gedaan door een transparante onderzoeksopzet waarbij de onderzoeksvragen, doelstellingen en methodologie helder is verwoord. Doordat de data nauwkeurig en consistent is getranscribeerd en gecodeerd is navolbaar welke data is geselecteerd. Vervolgens zijn de transcripten en tekstuele portretten voorgelegd aan de zorgmedewerkers ter *member-check*. Door gebruik van peerfeedback en peerreview in de fase van coderen is gecontroleerd of ook andere onderzoekers dezelfde onderwerpen belangrijk achtten. Tot slot, zijn door middel van *triangulatie* bevindingen via twee verschillende gegevensbronnen geïntegreerd tot de bevindingen.

6.5 Aanbevelingen voor de praktijk

Vanuit de zorgethische theorie en de ervaringen van de zorgmedewerkers zijn een viertal aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd.

- Zorg voor directe en nabije leiderschap. Dit betekent fysiek aanwezig zijn, waarbij de aansturende staf tijd heeft om werkelijk te luisteren naar de zorgmedewerkers. Dit gevoel van nabijheid draagt bij aan het gevoel van gehoord en gezien worden.
- In de aansturing van de zorgmedewerkers dient (persoonlijke) betrokkenheid te zijn. Hierin is sprake van maatwerk; elk individu heeft behoefte aan een unieke vorm van betrokkenheid. In de geleefde ervaringen van de zorgmedewerkers blijkt dat voor kleine gebaren, zoals een complimentje, een berichtje of een kaartje helpend zijn.
- Zorg dat er iemand van de aansturende bereikbaar is in gevallen van nood. Dit hoeft niet per se de zorgmanager te zijn. Zorgmedewerkers hebben behoeften aan een gevoel van ondersteuning, specifiek in situaties waarin de nood hoog is.
- Tot slot, nodig zorgmedewerkers uit om actief de relatie met de aansturende staf aan te gaan. Hierbij zijn een aantal randvoorwaarden wenselijk, deze zijn geformuleerd in bovenstaande drie punten. Nadat de randvoorwaarden er zijn kan de zorgmedewerker uitgenodigd worden om deel te nemen aan de (wederkerige) relationaliteit met de aansturende staf.

6.6 Aanbevelingen voor het vervolgonderzoek

Vanuit dit kwalitatieve onderzoek zijn aanbevelingen te doen voor verder (zorgethisch) onderzoek. Dit onderzoek heeft zich enkel toegespitst op de ervaringen van de zorgmedewerkers, in vervolgonderzoek zou de relatie meer dyadisch bekeken kunnen worden

door zowel de ervaring van de zorgmedewerker als die van het team, en de ondersteunende staf. Hierdoor wordt de complexiteit en de wederkerigheid meer inzichtelijk.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek zou kunnen zijn om de organisatiestructuur te onderzoeken op afhankelijkheid en betrokkenheid. Specifiek binnen grote organisaties wordt dit niet altijd eenduidig gewaarborgd. Verschillende, breed onderzochte, *user-cases* zouden meer inzichten kunnen geven in welke factoren bijdragen aan afhankelijkheid en betrokkenheid.

Literatuurlijst

Avans+. *Personeelstekort in de zorg: cijfers, oorzaken, gevolgen en oplossingen*.

Geraadpleegd op 21 februari 2023 van <https://avansplus.nl/blog/tekort-in-de-zorg>

- Bakker, E. J., Kox, J. H., Miedema, H. S., Bierma-Zeinstra, S., Runhaar, J., Boot, C. R., Van der Beek, A.J., & Roelofs, P. D. (2018). Physical and mental determinants of dropout and retention among nursing students: protocol of the SPRiNG cohort study. *BMC nursing, 17*(1), 1-9.
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy, 20*, 483-493.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J., Ashman, B., Ockenden, J., Iles, R., & Whelton, B. (2014). Practice leadership and active support in residential services for people with intellectual disabilities: An exploratory study. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(9), 838-850.
- Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of advanced nursing, 62*(1), 41-52.
- Blomberg, K., Isaksson, A. K., Allvin, R., Bisholt, B., Ewertsson, M., Kullén Engström, A., Ohlsson, U., Johansson, A.S & Gustafsson, M. (2016). Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of nursing management, 24*(1), 80-87.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom Lemma.
- Boyas, J., & Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review, 32*(3), 380-388.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications

- Crowther, S., Ironside, P., Spence, D., & Smythe, L. (2017). Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. *Qualitative health research*, 27(6), 826-835.
- De Boer, T. (1980). *Grondslagen van een kritische psychologie*. Ambo
- de Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & de Winter, P. (2023). The race to retain healthcare workers: A systematic review on factors that impact retention of nurses and physicians in hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231159318.
- Engster, D., & Hamington, M. (Eds.). (2015). *Care ethics and political theory*. OUP Oxford.
- Fine, M. (2005). Dependency work: a critical exploration of Kittay's perspective on care as a relationship of power. *Health Sociology Review*, 14(2), 146-160.
- Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Circles of care: Work and identity in women's lives*, 35-62.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. MA: Harvard University Press.
- Goh, Y. S., & Lopez, V. (2016). Job satisfaction, work environment and intention to leave among migrant nurses working in a publicly funded tertiary hospital. *Journal of Nursing Management*, 24(7), 893-901.
- Goodin, R. (1985). Vulnerabilities and responsibilities: An ethical defense of the welfare state. *American Political Science Review*, 79(3), 775-787.
- Hezaveh, M. S., Rafii, F., & Seyedfatemi, N. (2014). Novice nurses' experiences of unpreparedness at the beginning of the work. *Global journal of health science*, 6(1), 215.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. Routledge.
- Kittay, E. F. (2013) in Cruz-Pierre, A., & Landes, D. A. (Eds.). *Exploring the work of Edward S. Casey: Giving voice to place, memory, and imagination*. A&C Black.
- Knotter, M. H. (2019). *The whole is more: A contextual perspective on attitudes and reactions of staff towards aggressive behaviour of clients with ID in residential institutions*.

- Kuiken, B. (2013). Meer met minder. *Lucide*, 2(1), 14-21.
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 26(1), 17-25.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Bijlage monitor actieprogramma werken in de zorg*. Geraadpleegd op 21 februari 2023, van <https://open.overheid.nl/repository/ronl-30278f58-5a18-4524-b71b-cc60baa12931/1/pdf/monitor-actieprogramma-werken-in-de-zorg.pdf>
- Muehlebach, A. (2012). The moral neoliberal. In *The Moral Neoliberal*. University of Chicago Press.
- Nederhoff, J. (2023) *De toren van afhankelijkheid*. Gemaakt met Photoshop
- Nederlandse Omroep Stichting (2023a). *Onderzoek: tekort aan zorgpersoneel op lange termijn alleen maar groter*. Geraadpleegd op 7 januari 2023, van <https://nos.nl/artikel/2413851-onderzoek-tekort-aan-zorgpersoneel-op-lange-termijn-alleen-maar-groter>
- Nederlandse Omroep Stichting (2023b). *Zorginstellingen zoeken buiten de EU naar personeel om de tekorten op te lossen*. Geraadpleegd op 7 januari 2023, van <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2416058-zorginstellingen-zoeken-buiten-de-eu-naar-personeel-om-de-tekorten-op-te-lossen>
- Noddings, N. (1984). Caring: A feminine approach to ethics. *Moral Education*.
- Noddings, N. (2005). Identifying and responding to needs in education. *Cambridge Journal of education*, 35(2), 147-159.
- Noddings, N. (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Olivier-Pijpers, V. & Landman, W. (2020). *Bewegen bij probleemgedrag*. CCE
- Olivier-Pijpers, V. (2020) *Organisational Environment and challenging behaviours in residents with intellectual disabilities: an ecological perspective*. CCE
- Olivier-Pijpers, V., & Landman, W. (2020). *Een (actie) onderzoek naar organisatiecontext bij het vastlopen en in beweging krijgen van situaties van probleemgedrag*. CCE
- Radio Télévision Luxembourg (2023a). *Ook jij gaat het merken vijf vragen over het personeelstekort in de zorg*. Geraadpleegd op 21 februari 2023 van,

<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5309421/zorg-personeelstekort-thuiszorg-mantelzorg-vergrijzing>

Radio Télévision Luxembourg (2023b). *Personeelstekort in ziekenhuis leidt tot gevaarlijke situaties*. Geraadpleegd op 21 februari 2023 van,

<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4961181/zorg-verpleegkundigen-personeelstekort-ongekwalificeerd>

Rose, J., Mills, S., Silva, D., & Thompson, L. (2013). Client characteristics, organizational variables and burnout in care staff: The mediating role of fear of assault. *Research in developmental disabilities, 34*(3), 940-947.

Tonkens, E., & Duyvendak, J. W. (2018). Professionaliteit, democratie en solidariteit onder druk: Conclusie: de beloften van nabijheid nader beschouwd. *Tijdschrift voor sociale vraagstukken. Jaarboek*. 231-250

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

Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York: University Press

Umansky, J., & Rantanen, E. (2016, September). Workload in nursing. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 60, No. 1, pp. 551-555). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Universiteit voor Humanistiek (2015). *De visie*. Geraadpleegd op 13 maart 2023, van <https://www.zorgethiek.nu/over-zorgethiek/de-visie/2/>

van der Meide, H., & Olthuis, G. (2012). Geraakt worden door verveling: Over shadowing in een fenomenologisch onderzoek naar de ervaringen van oudere patiënten in het ziekenhuis. *Kwalon, 17*(2).

van Gestel, N., Hendriks, W., & Kuiper, M. (2020). *Over zeggenschap gesproken...: Verkenning in opdracht van de Minister van Medische Zorg en Sport, in vervolg op het CNO-rapport "Niets over ons, zonder ons"*. Ministerie van Medische Zorg en Sport

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

- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice*. Routledge
- Van Nijendaal, G. A. (2014). Drie decentralisaties in het sociale domein. *Jaarboek overheidsfinancien*, 85-100.
- van Wijngaarden, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen: Deel II van een tweeluik. *KWALON*, 20(1).
- Walker, M. U. (2007). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. Oxford University Press.
- Woittiez, I., Ras, M., & Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen*. Sociaal en Cultureel Planbureau

Bijlage A Reflexief dagboek

16 mei 2023

Eerste interviews afgenomen. Vond het best spannend om niet aan te vullen. Merk dat ik graag meepraat over het onderwerp. Ik twijfel of mijn vragen te richtinggevend zijn. Heb een paar kleine aanpassingen in topiclijst gemaakt.

20 mei 2023

Vandaag tweede interview Simone gehad, heb het gevoel dat veranderingen (vorm van vraag/volgorde) iets heeft gewerkt. Had tijdens interview erg veel sympathie met hem. Zijn verhaal doet mij denken aan het verhaal dat soldaten voornamelijk vechten voor hun kameraden en niet zozeer voor het ideaal, land of legerleiding.

21 mei 2023

Ik ben aan het transcriberen, ik merk dat ik medelijden of sympathie met twee van de vier zorgmedewerkers heb. Dit vind ik opvallend want alle vier hebben zo hun eigen verhaal, hun eigen tegenslagen en emotionele behoeften. Ik denk dat ik in twee van de verhalen mijn eigen situatie herken. Ik werkte toen op een locatie waar ik heel veel energie en liefde in stopte, en onwijs gehecht was aan de cliënten, doordat uiteindelijk het team uiteenviel ben ik ook met veel pijn weggegaan. Dit is toch de keerzijde van met veel liefde werken.

23 mei 2023

Eerste concept tekstuele portretten gemaakt. Ik wilde hier graag mijn eerste indruk opschrijven zodat ik mij tijdens het analyseren bewust kan zijn, en zal proberen te parkeren.

R1 Emotionele behoeften: “wees betrokken en help mij om mijn collega’s dezelfde verantwoordelijkheid te laten voelen”

R2 Emotionele behoeften: “Want ik ben wat ik al zei best wel onzeker dus ik vind het altijd wel fijn om gewoon iets te bespreken met iemand en ook terug te horen van mij. Je hebt t gewoon goed gedaan en je hoeft daar ook echt niet onzeker over te zijn.”

R3 Emotionele behoeften: “bevestig mij dat ik het goed doe”

R4 Emotionele behoeften: “erken mij en houd rekening met mij”

25 mei 2023

Na tweede keer afnemen interview 2 ben ik erachter gekomen dat ik mijn onderzoek wil richten op het behoud van medewerkers, in plaats van verloop. Dit heeft diverse voordelen: het is optimistischer en kan beter beantwoord worden door deze respondenten. Ook heb ik een wondervraag toegevoegd aan mijn topiclijst 'hoe ziet jouw ideale (emotionele) ondersteuning eruit.

Wel twijfel ik nog steeds of mijn vragen niet te veel richtinggevend. Het kost mij meer en meer moeite om niet in te springen als gesprekspartner maar in mijn fenomenologisch rol te blijven.

28 mei 2023

Tweede analyse van tekstuele portretten, ik denk de volgende thema's te zien: aandacht, erkenning, wij-zij, afstand/nabijheid, inleven.

7 juni 2023

Peerfeedback/intervisie gehad met klasgenoot. Merk dat dit vruchtbaar is geweest. Zowel heeft mij vertrouwen gegeven in mijn proces en kwaliteit, ook heeft mij veel nieuwe inzichten gegeven. We zitten samen in dezelfde fase: tussen tekstueel portret en coderen in.

8 juni 2023

Na lang wikken en wegen heb ik mijn codes rond. De codes die ik niet heb meegenomen zijn: nabijheid, karakter.

9 juni 2023 – 16 juni 2023

Vanwege persoonlijke redenen heb ik een maand uitstel gekregen van de inleverdatum van mijn thesis. Deze periode heb ik gebruikt om wat meer balans in mijn leven te brengen.

17 juni 2023

Na de feedback heb ik een nieuw coderingssysteem ingevuld. Ik merk dat ik het lastig vind om hier een goede balans in te vinden. Ik heb het gevoel dat ik toch te persoonlijk betrokken ben bij het onderwerp, waardoor het ingewikkeld is om het met een 'onderzoeksbil' te bekijken. Ik heb nogmaals mijn particulariteit en persoonlijke betrokkenheid bij het onderwerp verwoord. Doordat dit inzichtelijk is geworden hoop ik deze ervaring wat gemakkelijker te kunnen parkeren.

Kort samengevat:

- Ik heb zelf in een vergelijkbare situatie gezeten als Bart, waarbij ik een grote verantwoordelijkheid voor de cliënten, alles heb gegeven voor hun welzijn, het team heb geprobeerd te motiveren maar uiteindelijk tot de conclusie moeten komen dat ‘de taak’ te groot voor mij was. Ik voel zijn verdriet en onmacht als ik zijn tekstuele portret analyseer.
- Ik herken het verhaal van Bram waarbij hij het gevoel heeft niet genoeg erkenning te krijgen van zijn team en zorgmanager. Tussen de regels door meen ik te lezen dat hij het jammer vindt dat zijn visie en inzet niet genoeg gewaardeerd wordt. Ook ik heb in zo’n situatie gezeten, ik leef met hem mee.
- Ook het verhaal van Simone en Stefan heeft raakvlakken met mij.

Doordat ik nu alle verhalen door elkaar heen lees, en op zoek ga naar de onderliggende geleefde ervaring, lees ik eigenlijk mijn eigen verhaal. Dit maakt het ingewikkeld, en soms pijnlijk.

Tevens worstel ik deze periode met de fenomenologische methodologie. Ik vind het een ingewikkelde puzzel om tot codes te komen. De worsteling zit tussen dicht bij de oorspronkelijke tekst blijven, op zoek naar overkoepelende thema’s maar niet de geleefde ervaring verliezen. Ik heb hulp gevraagd van mijn begeleider.

22 juni 2023

Nieuw coderingsstelsel gemaakt. Een waarbij ik de codes uitgebreidere termen heb gegeven, termen die dicht bij de onderliggende ervaring liggen, in plaats van bij de overkoepelde begrippen.

Ik ben tot dit systeem gekomen door de quotes los te nemen van elkaar, deze als knipsels te zien en vervolgens te duiden met een begrip.

Bijlage B Datamanagementplan

| | |
|---|------------------------|
| DMP template versie nummer | 1.1 (niet veranderen!) |
| Project nummer (indien van toepassing) | |
| Titel van het project | Word ik ook (h)erkend? |
| Naam Research folder op de UvH R: schijf | |
| Naam leerstoelgroep | |
| Naam voorzitter leerstoelgroep | |
| Name scriptie begeleider | Gustaaf Bos |
| Start datum scriptie onderzoek | 09-03-2023 |
| Geplande einddatum scriptie onderzoek | 20-06-2023 |
| Check datum scriptie begeleider | |

Bijlage C Transcript

Hieronder is het transcript van het eerste interview met Stefan terug te vinden. De overige verslagen van de transcripten van de zorgmedewerkers zijn terug te vinden op de UVH-R schijf.

Interviewer [Jasper]: [00:00:01] Oké chill. Nou ik heb een soort van eerst dan een introductie vraag En wat gaat er eigenlijk over? Kun je wat vertellen over jouw carrière in de zorg? Welke groepen heb je gewerkt en wat voor groep is dit bijvoorbeeld?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:00:20] Nou ik ben in juni 2019 uh ben ik gestart in de zorg. Ik heb eerst gelijk via een uitzendbureau dit soort partner Trias en via hun ben ik bij [zorginstelling] gekomen en ik heb daar op diverse groepen gestaan, zowel LVB, MVB, EVB. Dus gewoon lager niveau hoger niveau. Ik heb op zorggroepen gestaan waar je ook ADL handelingen moet doen zoals douchen, ondersteunen met aankleden en ook gewoon de incontinentie cliënten gewoon ondersteunen. Dat heb ik een jaar lang gedaan en vervolgens heb ik de keuze gemaakt om over te stappen van een uitzendbureau, gewoon naar Ipse de Bruggen en ben begonnen als een flexer, dus echt in de flexpool. Deze woning waar nu ik ben [xxx]. Daar kreeg ik dan gewoon een 0 uren contract als flex medewerker en toen een plek vrijkwam ben ik in vaste dienstverband hier getreden. En werd mij ook gelijk opleiding aangeboden. Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg. Dat heb ik in een versneld traject gedaan. Binnen een jaar heb ik hem afgerond, had ik mijn mbo-niveau vier. En toen ben ik ook gaan werken als PB'er, persoonlijk begeleider. Ik Heb drie cliënten onder mij. En nu werk ik gewoon dus op deze woningen. Een LVB. Dat zijn cliënten met lichte verstandelijke beperking. Die hebben meer ondersteuning nodig bij het voeren van de eigen regie, over hun eigen leven. Dus je maakt afspraken. Je ondersteunt ze bij het koken. Je biedt nabijheid wanneer nodig is. We hebben cliënten met verschillende problematieken, dus elke cliënt begeleid je in principe wel anders. Dus op de wens van de cliënt en op de hulpvraag. Daar speel ik op in. En zo gaan wij hier zo te werk.

Interviewer [Jasper]: [00:02:42] Oké, mooi. Zou je mij iets kunnen vertellen over de samenwerking met jouw zorgmanager

Geïnterviewde [Stefan]: [00:02:51] We hadden hiervoor een ander soort manager, maar die was sinds 1,5 jaar geleden gestopt op deze woning. Toen kregen we een tijdelijke. Wat nu, onze vaste is dus begonnen als tijdelijke zorg manager, maar daarna werd het onze vaste zorg manager. Ik heb een hele goeie band met haar. Ik heb geen klacht of wat dan ook, ik ben zo

persoon als ik met iets zit, dan stap ik altijd wel erop af. Ik vind wel dat ze gehoor geeft aan haar medewerkers.

Interviewer [Jasper]: [00:03:35] Heb je daar een voorbeeld van?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:03:37] Ja om mochten je tegen iets aanlopen zo op de werkvloer en daar kan je altijd wel bij haar terecht en dan kijkt ze altijd wel mee voor een oplossing. Dus mijn verstandhouding met m'n zorgmanager, dat is wel prima.

Interviewer [Jasper]: [00:03:54] En dat klinkt alsof t een beetje praktisch van aard is, als je omschrijft als ik ergens tegenaan loop op de werkvloer.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:04:02] Ja, kan. Dat kan zijn met je met collega's of zo, dat dat het misschien niet loopt tussen dus bepaalde collega's. Dan kan je bij haar terecht of met qua werkdruk als dat ook een beetje te hoog zit. Ja dat kan je ook gewoon bij je zorgmanager terecht en dan ga je altijd gewoon kijken naar bepaalde oplossingen. Want ja zij kan dan ook nog om met het hele team ook in gesprek, tijdens een teamoverleg van 'he kunnen we bijvoorbeeld bij [naam] minder taken gewoon wegleggen zodat hij de last wat minder is' Voor zulke dingen kan je zeker waar terecht.

Interviewer [Jasper]: [00:04:48] Wat fijn, en kun je wat vertellen over de samenwerking met de gedragsdeskundige.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:04:55] Ja, daar heb ik een goede samenwerking mee. Want ik ben persoonlijk begeleider dus ik heb best wel vaak contact met haar. Ja ik ben, inmiddels niet meer, maar ik was een beginnende PB'er dus er werd wel veel van mij gevraagd. Maar ik heb wel ondersteuning kunnen krijgen, zowel van collega's maar ook grotendeels van gedragsdeskundigen. Zij heeft mij zeker wel ondersteund met bepaalde trajecten, en ik kon wel altijd gewoon bij haar terecht en tot de dag van vandaag nog steeds. Als ik met iets zit of ik kom er niet uit, dan bel ik haar of mail ik haar, en dan wijst zij mij wel daar in de weg. En we hebben zeker een goeie verstandhouding en de samenwerking verloopt ook gewoon heel prima.

Interviewer [Jasper]: [00:05:47] Oké, fijn.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:05:48] Ja.

Interviewer [Jasper]: [00:05:50] Kun je me iets vertellen over de eerste periode waarop je in de zorg werkte? Dus dat kan hier zijn, maar dat kan misschien ook jouw flexwerk voor het bureau zijn. Kun je wat vertellen hoe dat was of waar je tegenaan liep?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:06:03] Ik weet nog de eerste periode met de eerste paar diensten werd ik geplaatst op een laag niveaugroep erop. Zo'n zorggroep waar ik ineens luiers moest gaan verschonen. Moesten ik gewoon volwassen cliënten, die soms nog groter dan mij waren, moest ik gaan douchen. Dat was wel effe wennen voor mij en zeker als een cliënt ontlasting had. Nou die geur die daar vandaan komt als ik het zo mocht zeggen. Ja dat was echt van denk ik wauw, wil ik dit wel? Kan ik dit überhaupt? Maar je staat daar en hun hebben jou nodig dus dan dacht ik wel van [naam] knopje om, je bent een zorgverlener en zij zijn de zorgvrager en hun vragen dit voor jou. De cliënt vraagt om hulp, dus ja je moet daar staan. En op een gegeven moment, naarmate ik het vaker deed, wen je eraan. Maar dat vond ik in het begin echt wel lastig. Dat was dan op een lager niveaugroep en op een wat hogere niveaugroep, een LVB-groep, vond ik het lastig om soms met cliënten bepaalde gesprekken te voeren. Ik moest vaak nadenken van wat kon je wel zeggen, wat kon je niet en waar is de grens, waar moet je hun remmen? Dat vond ik heel moeilijk, want je had sommige cliënten die best wat verbaal wel sterk waren. Maar ja, tegelijkertijd weet je het zijn cliënten, ze zijn licht verstandelijk beperkt. Ja, wat kan je wel zeggen of wat kan je niet? Je moet echt gewoon voor jezelf gewoon inschatten van oké, op deze manier kan ik dit gesprek voeren. Kan ik afkappen? Mag ik afkappen? Mag ik cliënt remmen, dat vond ik wel lastig. Maar ik heb veel geleerd van m'n collega's. Ik ben veel gaan meekijken van hoe voeren de collega's die jarenlang hier werken, hoe voeren zij die gesprekken met cliënten? En dat heb ik bij verschillende collega's heb ik dat gedaan en op een gegeven moment heb ik dat gewoon een beetje meegenomen en gewoon mijn eigen van gemaakt.

Interviewer [Jasper]: [00:08:20] Dit is ondersteuning die je van collega's hebt gekregen. Of eigenlijk je hebt het zelf een beetje opgezocht. Heb je ook bepaalde ondersteuning van een leidinggevende gekregen? Kan een zorgmanager zijn of gedragsdeskundige die jou wat tips, trucs, ervaring heeft meegegeven.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:08:50] Vooral tijdens me opleiding heb ik wel van iedereen wel een beetje ondersteuning gehad. Zowel van m'n werkbegeleider, m'n collega's gewoon op de vloer. Als ik bepaalde opdrachten moet maken, dan denk ik van hoe he, hoe moet ik dit nou in elkaar zetten? Net als een zorgplan. Ik wist nog niks van zorgplan af of ondersteuningsplan. Dan ging ik zitten, gewoon met m'n collega's en die zeggen 'ok bij de ondersteuningsvraag dan vragen ze dit van jou en dan stel je dat zo op'. En met een gedragsdeskundige had ik ook gewoon

in de tussentijd dat ik dan ook gewoon wel gesprekken. Dus die heeft me daar ook wel ondersteund. Met de zorgmanager, niet zoveel. Het is meer met collega's en gedragsdeskundige, want ja die gaan er meer over de inhoud.

Interviewer [Jasper]: [00:09:52] Heb je het gevoel dat je, alle ondersteuning hebt gekregen die je nodig had? Of had je nog wat extra gewild in die eerste periode?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:10:04] In die eerste periode, heb ik wel de benodigde ondersteuning gehad die ik voor mezelf nodig had om mezelf te kunnen ontwikkelen. En om ook een opleiding te kunnen afronden. Ik ben het echt gaan zoeken. Ik ben ondersteuning ook gaan zoeken. Tuurlijk, ik ben zo iemand. Ik vraag liever tien keer te veel dan te weinig.

Interviewer [Jasper]: [00:10:29] Hoe heb je jouw behoefte aan ondersteuning kenbaar gemaakt? Hoe heb je dat aangepakt?

[00:10:37] Dat heb ik ook, door in gesprek te gaan. Door te zeggen 'ik heb zo'n opdracht, of ik moet een observatierapport maken. Hoe kan ik dat het beste doen?'. Dan ging ik aan m'n collega's vragen 'waar moet ik opletten?' Wat voor signalen zijn belangrijk om te signaleren? En om ook te noteren in mijn rapport?'. Dat vooral van observeren van bepaalde cliënten waar let je op, naar gedragingen, aanrakingen. Dat is echt ook op de kleine dingetjes. Dus daar heb ik mezelf ook wel goed in ontwikkeld, want dat was ook echt een opdracht van school dat ik moest doen. Die ondersteuning heb ik ook wel gehad.

Interviewer [Jasper]: [00:11:56] Oké. En nu hebben we het heel erg gehad over dit soort van de praktische kant. Ter ondersteuning bij schoolopdrachten, ondersteuning bij het leren van zorgplannen? Ondersteunen bij het leren van gespreksvaardigheden bij LVB. Ja, nu zou ik het graag een beetje willen hebben over jouw emoties. Ik kan me voorstellen, dat werkzaam zijn in zo'n nieuwe omgeving ook misschien een beetje spannend kan zijn, of soms een beetje gefrustreerd, dat je met een gefrustreerd gevoel rondloopt, of misschien word je wat geïrriteerd. Ik ben een beetje benieuwd naar wat voor emoties heb je allemaal ervaren in je eerste periode? Het kan hier zijn, maar dat kan ook in je flexwerk zijn.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:12:52] De emoties die ik heb ervaren. Natuurlijk had je van goeie dagen, maar je had ook zo van de minder dagen. Want ik we hebben hier dan een cliënt die hechtingproblematiek heeft, en die mannen van zich afstoot. Dus ik vond het heel moeilijk om met haar een gesprek te voeren. Ik vond het heel lastig om haar te begeleiden, en ik wilde zo graag. En dat lukte vaak niet, dus het frustreerde mij dat ik daar niet doorheen kwam. Maar ja,

uiteindelijk kwam ik erachter dat er niet echt alleen aan mij lag, maar het lag gewoon aan haar achtergrond, aan haar problematiek ook.

Interviewer [Jasper]: [00:13:47] Dus hoe kwam je daarachter?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:13:50] Door haar beter te leren kennen, door ook dossier te lezen van haar, dat van oké wacht het ligt niet alleen mijn begeleidingsstijl maar het ligt gewoon aan haar problematiek aan haar verleden, achtergrond, wat zij met zich meedraagt. Maar in het begin vond ik dat wel lastig. Ik heb ook andere cliënt met NAH, hij is heel vaak in war. En hij houdt alles door elkaar. En gesprekken voeren met hem was ook soms lastig, want hij laat je soms dan niet uitpraten. Of hij maakte mij soms ook wat onzeker, want dan zegt 'ben je wel geleerd, kan je wel je werk goed doen he? Volgens mij doe je je werk niet goed.' Dan dacht ik ok wacht effe. En nu? In het begin blokkeerde ik zeg maar dan wist ik niet hoe ik moest anticiperen op zijn gedrag. Dat was in het begin echt zo vervelend, dat ik soms naar huis ging en dacht 'hoe kan k het volgende keer beter doen?'. Dan ging ik gewoon scenario's in mijn hoofd bedenken en dan sprak ik in mijn hoofd gewoon gesprekstechnieken, met mezelf oefenen. Okay, hoe ga ik volgende keer reageren als hij dat zegt? Als naarmate je het vaker doet, nu gaat het veel beter.

Interviewer [Jasper]: [00:15:16] En heb je wel eens met mensen op je werk gepraat over deze emoties? Dat het dus frustrerend kon zijn of dat het je een beetje onzeker maakt.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:15:27] Ja, dat heb ik ook zeker. Dat heb ik wel geuit naar mijn collega's en mijn collega's zeiden dat ook dat het met de tijd wordt dat wel beter. Leg niet te veel druk op jezelf en hoe meer ervaringen je opdoet, hoe beter het zal worden. En ze hebben gelijk gehad. Ik had mezelf gewoon meer tijd moeten geven.

Interviewer [Jasper]: [00:15:52] En heb je dit ook met zorgmanager of gedragskundige gedeeld, dat je je tegen dit soort dingen aanliep?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:15:57] Nee, dit heb ik merendeels gewoon wel met collega's van m'n team.

Interviewer [Jasper]: [00:16:03] Vind je het een gemiste kans dat je het liever wel met zorgmanager en gedragskundige erover gehad?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:16:10] Achteraf niet erg. Waarom? Omdat het toch wel ten goede eind is gekomen. Stel je voor het had niet gewerkt, dan had ik dan wel die stap genomen om eventueel wel naar zorgmanager te gaan of gedragsdeskundigen. Maar omdat het wel genoeg had aan mijn team en m'n collega's, was het niet nodig om nog naar gedragsdeskundigen of naar de zorgmanager te gaan toen.

Interviewer [Jasper]: [00:16:36] En hebben zij weleens bij jou gecheckt? [Naam] hoe gaat het met jou? Hoe zit je erin? Hoe bevallen de eerste maanden hier?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:16:46] Jawel, zeker tijdens functioneringsgesprekken met de zorgmanager? En de vraag: "Hoe gaat het op de werkvloer? Hoe ervaar je het? Wat kan beter? En kan ik jou nog ergens nog bij ondersteunen? Of dan vroeg ze wat verwacht jij van een zorgmanager, wat verwacht jij van mij?" Ja, dan zeg ik altijd ik verwacht gewoon empathie. Ik verwacht, begrip wanneer het nodig is. En wat ik ook verwacht is gewoon een luisterend oor, omdat je ook gewoon naar je medewerker luistert. En voor de rest ben ik ook niet moeilijk.

Interviewer [Jasper]: [00:17:40] Maar wat fijn om te horen dat zij dit gesprek met jou heeft gehad. Hoe heb je dat ervaren?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:17:47] Ik heb het heel prettig ervaren. Daarom zeg ik ja, die verstandhouding tussen mij en mijn zorgmanager is gewoon prima.

Interviewer [Jasper]: [00:18:00] En dat gaat over de huidige zorgmanager.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:18:01] Ja over de huidige zorgmanager.

Interviewer [Jasper]: [00:18:03] De dingen die zijn besproken, heb je ook gezien dat ze dat heeft toegepast in de praktijk? Bijvoorbeeld zij heeft gezegd nou [naam] wat verwacht je van mij, en jij hebt empathie aangegeven. Heb je ook gezien dat zij nu empathievol is?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:18:22] Jawel, want er is een situatie een aantal maanden geleden voorgevallen op de groep met een cliënt die escaleerde en ik drukte op de pieper, de pieper gebruiken we om back up te vragen van collega's. En die ging helaas niet af. Dus stond ik één op één met de cliënt en die werd ook fysiek agressief, hij had mij geslagen waardoor ik genoodzaakt was om ze om mezelf te verdedigen. Dus ik heb hem ook terug moeten slaan oom onszelf gewoon in veiligheid te brengen. En binnen de kortste keren stond zij op de stoep. Ze had me ook gezegd van normaal gesproken mag dit niet, maar in jouw geval, ik snap het. Je hebt gehandeld uit noodweer, dus ik snap je volkomen. En daar had ik wel gevoel van hè? Ze

begrijpt me, ze weet oké natuurlijk, officieel mag dat niet, maar ik had geen keus. Ik kon niet rekenen op de back up van het systeem. Dus uh daar heeft ze wel laten zien van Hey ja ik snap jou. Ik begrijp jou. Ze vroeg ook van ja gaat het? Wil je nog gesprek voeren? Hoe heb je t ervaren? Dus ja, ze was heel nauw betrokken na dat incident. Dat vond ik heel erg fijn. Ook gewoon dagen daarna. Had ze me ook een bericht gestuurd van hè, uh hoe gaat dat? Hoe voel je? Heb je een dag vrij nodig?

Interviewer [Jasper]: [00:20:09] Oké. Is er ook wel eens een keer een situatie geweest waarin je het gevoel had dat ze niet helemaal goed aansloot bij jouw behoeften?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:20:20] Nee, nee, dat is niet voorgevallen.

Interviewer [Jasper]: [00:20:25] Kun je mij nog wat vertellen over de bereikbaarheid van jouw zorgmanager of gedragsdeskundige? Als jij behoefte hebt aan contact.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:20:35] De zorgmanager is heel goed bereikbaar. Zij is maar één dag in de week vrij. Ze reageert heel vaak en heel snel op je mail. Dus de bereikbaarheid bij de zorgmanager, dat vind ik heel, heel goed. Het is niet van dat je dagenlang nog moet wachten voordat je een terugkoppeling krijg van je zorgmanager of dat je dagenlang met een probleem moet lopen. Want de manager is niet bereikbaar, dus dat vind ik wel heel fijn, zeker een pluspunt.

Interviewer [Jasper]: [00:21:15] En dan gaan we nu naar de laatste bundel van vragen toe die gaan, die gaan over de vorm van ondersteuning die je hebt gekregen. De zorgmanager en gedragsdeskundigen hebben natuurlijk een bepaalde functie. De zorgmanager die moet kijken of het personeel goed functioneert en of zij het gevoel hebben dat ze prettig kunnen werken. En de gedragskundige, die heeft als rol dat de kwaliteit van de zorg goed gecheckt wordt. En dan kan het wel eens voorkomen in teams dat de gedragskundige zegt "nou cliënt Pietje, die heeft dit en dit probleem. We moeten het zo en zo oplossen. En als het team zegt 'ja maar dat werkt helemaal niet eh, bij Pietje moet je het zo en zo oplossen. We moeten gewoon wat strenger zijn". En dat daar dan een beetje een soort discussie ontstaat tussen de gedragskundige en het team. Hoe is dat hier op deze locatie?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:22:20] We hebben een cliënt waar ik bij PB'er van ben. Die zat vorig jaar heel slecht in z'n vel. Was in de war waardoor hij ook een gevaar werd voor zichzelf. Ook voor de medebewoners hier, waardoor hij ook vrijheidsbeperkende maatregel kreeg. Dus hij mocht niet alleen naar buiten, hij moest sleutels inleveren. Dus het was een hele vervelende

tijd en ja soms wouden de gedragsdeskundige een koers inslaan en waarvan wij dachten ‘nee we kunnen het beste op een andere manier doen’, dan ga je sparen en dan kijken of je toch overeen kan komen met elkaars bevindingen. Dus dat hebben we wel.

Interviewer [Jasper]: [00:23:24] En heb je het gevoel dat jullie het eens zijn geworden over elkaars bevindingen? Of heb je het gevoel dat jouw positie en jouw kennis niet werd gezien en dat de gedragskundige gewoon zei "Nee, we gaan t. We gaan t op deze manier doen."

Geïnterviewde [Stefan]: [00:23:44] Nee, nee, de gedragskundige. Ze luistert wel, ze hoort je zeker wel aan. Oké, en dan soms gaat ze dan in een gesprek met de zorgmanager. Kijk, net als destijds, toen het zo slecht ging met de cliënt en wij zeiden van "We denken dat hij even tijdelijk naar een crisis moet". Maar de gedragsdeskundige vond dat van niet. Die zei van nee, Ik ben van mening dat dat t hem niet goed zal doen dat het m meer slecht zou doen. Maar wij zeggen van ja, wij kijken, wij moeten ook kijken naar de andere cliënten. Ook die veiligheid moeten we waarborgen en op dit moment kunnen we dat niet. Dus ja dat was beetje wegen was sparren en eindelijk zijn we tot de oplossing gekomen om hem dan één op één begeleiding te geven. Dus er moest een extra poppetje bijkomen dat hem gewoon puur om de groep heen begeleid, waardoor wij gewoon als vaste bezetting de tijd hadden om de groep te kunnen draaien. Dus ja uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen. Weet je wat? Hij gaat dan niet naar crisis maar we zetten er gewoon een extra personeel in, een één op één. Zolang het nodig is. Totdat hij gewoon weer gewoon goed zit.

Interviewer [Jasper]: [00:25:12] Wat vond je d'r van dat die gedragsdeskundigen een andere mening over dit onderwerp had?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:25:23] Ja natuurlijk, iedereen mag zijn mening hebben natuurlijk. Wij geven onze mening. Zij geeft haar mening. Wij keken ook in het belang van de cliënten hier op de groep. En zij ook wel, maar zij was merendeels ook gewoon in het belang van de ander cliënten aan het kijken. En ja, het verschil is wij staan elke dag op de groep. Wij zien, wij zien dingen en de gedragsdeskundige leest vaak dingen. Daar ligt vaak ook het verschil van, staat ze nou op de groep krijgt ze het mee, krijg je dan een heel ander beeld dan als je alleen maar rapportages leest. Daar is dan vaak het verschil van tussen begeleiders die op de werkvloer staan en de gedragsdeskundige die vanuit kantoor rapportages leest.

Interviewer [Jasper]: [00:26:17] Ja, dan heb ik nog één laatste vraag. Een beetje dezelfde vraag. In het manifest van Ipse Bruggen staat dat de cliënt centraal staat. Ja maar we zijn hier maar met beperkt personeel, al heb je bijvoorbeeld een cliënt die 6.00u lang per dag in bad wilt, ja, dan kan je niet daar 6.00u lang naast staan. Of heb je een cliënt die alleen maar wat voetballen. Je staat in een soort van spagaat toch?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:26:47] Ja precies.

Interviewer [Jasper]: [00:26:48] Je hebt beperkte tijd, je beperkte middelen en je hebt de wens van de cliënt. Is het wel eens voorgekomen dat je het gevoel had dat je een soort van het onmogelijke moest doen omdat zorgmanager of de gedragskundige zei "Nee, wij doen dit voor de cliënt. Onze zorg is verleend voor de cliënt en jullie moet je als team niet zo tussen aanstellen en gewoon kom maar op harder werken"

Geïnterviewde [Stefan]: [00:27:13] Dit is een hele goeie dat je mijn vraagt. We hebben een periode gehad dat we waren onderbezet. Dus we waren met te weinig personeel en we kregen wel veel taken. Op een gegeven moment begon je achter de feiten aan te lopen en dat gaven we wel aan bij de manager 'we staan met twee of drie man, en we moeten dit en dat zoveel doen'. En ja, de manager heeft wel gezegd van 'als je zo en zo doet dan moet het wel haalbaar zijn'. Waarvan wij als team dachten van nee het is helemaal niet zo. En weet je wat er dan meestal is? Pas wanneer het een keer fout gaat, dan pas gaan de ogen openen. Oh okay. Nee, nee, we moeten toch wel actie ondernemen? Ik kan geen exacte voorbeelden noemen, maar globaal kan ik wel zeggen dat wel eens gebeurd is.

Interviewer [Jasper]: [00:28:31] Hoe voelde je daarover in zo'n situatie?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:28:34] Ja, op een gegeven moment in zo'n situatie voel je dat niet gehoord. Wij staan hier en wij maken het mee, zij zijn maar op kantoor en die lezen maar dingen snap je? Of die geven hun eigen invulling en op dat moment voelden we ons niet gehoord en dat denk ik 'oké dan moet het een keer fout gaan voordat er wel wat wordt gedaan."

Interviewer [Jasper]: [00:29:02] En wat deden dat met je? Wat voor gevoel roept dat op om niet gehoord te voelen?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:29:08] Uh, dat lichte boosheid. Irritatie. Want tegelijkertijd, je komt een tijdje een periode dat je niet met plezier naar je werk kom? Want je weet de werkdruk is hoog en terwijl je weet je gaat weer achter de feiten aanlopen en er wordt toch niks gedaan.

Dus uiteindelijk is dat ook wel weer weggaan is het ook beter geworden. Maar we hebben wel zo'n situatie, zo'n periode gekend.

Interviewer [Jasper]: [00:29:42] Heb je dan gespeeld met de gedachte om ergens anders te gaan werken?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:29:49] En nee, dat niet.

Interviewer [Jasper]: [00:29:50] Omdat je dacht nou ik word niet serieus genomen, ik word niet gezien, ik moet met hoge werkdruk werken. Ik ga achter de feiten aanlopen. Zijn allemaal wel signalen en misschien prikkels, redenen om ergens anders te gaan werken.

Geïnterviewde [Stefan]: [00:30:03] Nee, dat heb ik niet, want wij hebben wel gewoon echt, als team hebben we gewoon keihard geknukt en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht weet je. En we spelen op elkaar in we staan er voor elkaar en kijk als er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken. Maar doordat we zo'n sterk team hebben en dat we echt op elkaar zijn ingespeeld en we staan er voor elkaar wanneer het nodig is. Dus dat motiveert jou ook gewoon te gaan knallen en hier te blijven.

Interviewer [Jasper]: [00:30:48] Ik ben door mijn vragen heen. Heb jij het gevoel dat je alles hebt gezegd of wil je nog iets?

Geïnterviewde [Stefan]: [00:30:53] Nee, ik heb al best veel gezegd.

Interviewer [Jasper]: [00:30:55] Je hebt toch gezegd dank je wel daarvoor. Ja, maar misschien dat je dacht, terwijl je zo een beetje aan het filosoferen was, dat je misschien nog iets onbesproken hebt gelaten.

Bijlage D Observatie

Hieronder is het observatieverslag van het eerste en tweede observatiemoment van Stefan te vinden. De observatieverslagen van de overige zorgmedewerkers zijn terug te vinden op de UVH-R schijf.

Het is iets voor half drie, ik sta met de respondent op het grote balkon. Het balkon is zo ruim dat het eigenlijk het formaat van een kleine tuin heeft. Het is zonnig, we staan in ons T-shirt en kijken uit over een grote binnenplaats. Het is erg groen en de zorgmedewerker geeft aan dat het net een Center Parc terrein lijkt.

Af en toe loopt er een client in of uit, meestal hebben ze een praktische vraag; ‘mag ik mijn sigaret hebben?’, ‘kan ik nu wassen?’ en ‘wie werkt er vanavond’. De zorgmedewerker geeft vriendelijk, geduldig en met een grote glimlach antwoord. Langzaam komen de collega’s van de avonddienst binnen, allen gaan buiten aan de tafel zitten. De meeste roken nog een sigaretje totdat ze zorgmedewerker aangeeft dat het tijd is voor de overdracht.

We gaan in de woonkamer zitten. De woonkamer heeft veel planten, sommige zijn nep, andere lijken echt. Er zijn veel lichte kleuren in de woonkamer en ik zei een knutselwerk op het raam. Op de muur hangen tien fotolijstjes, waarin slechts twee verschillende foto’s zitten, deze lijken de standaard foto’s vanuit een winkel te zijn. We zitten rondom een bijzettafeltje op drie luxe stoelen en een bank. De collega’s lijken allemaal bekend te zijn op de locatie.

Er volgt een overdracht van de zorgmedewerker naar zijn collega’s. Ze gaan een voor een de cliënten af. Op een gegeven moment verteld de zorgmedewerker dat deze client betrokken was bij het agressie incident waarover hij had verteld tijdens het interview. De client was niet thuis om zijn 12u medicatie te ontvangen, de zorgmedewerker had zijn werkplek gebeld om dit door te geven. De client kwam boos terug van zijn werk, en gaf zorgmedewerker de schuld van deze fout. Hij gaf aan dat de zorgmedewerker bang zou zijn, en dat ‘ze het buiten wel even konden oplossen’ en dat zorgmedewerker geluk heeft ‘dat broer er niet is’. De medewerkers horen het verhaal in stilte aan. De zorgmedewerkers vervolgt zijn verhaal, hij geeft aan dat zijn geduld wel erg op de proef werd gesteld en dat hij richting een collega toe liep. Hij vreesde dat het weer uit de hand zou lopen, waarop zijn collega’s reageren dat ze dit herkende. Een collega gaf aan dat deze client meestal bluft waarop er twee anekdotes worden verteld van situaties waarop het wel een fysiek conflict

werd. Ook de situatie met de zorgmedewerker wordt opgehaald, de zorgmedewerker had toen striemen in zijn nek staan. Hij geeft aan dat hij het een vervelend incident vond. Een collega reageert op dit verhaal met een compliment, hij zegt dat de zorgmedewerker goed heeft gehandeld.

Bij een andere client was er een situatie waarop deze client tegen de afspraak in ineens in de woonkamer stond. Hij wilde graag controleren of er pakketje voor hem bezorgd was. De zorgmedewerker had hem aangehoord en wat tips gegeven om dit op te lossen. Volgens dezelfde collega die net een tip heeft gegeven had de zorgmedewerker anders moeten handelen, hij had de client niet binnen moeten laten. De zorgmedewerker reageert: 'ja, ja'. Een andere collega vult aan dat dit wel erg lastig is op zo'n moment en dat deze client zich steeds minder aantrekt van de begeleiding.

Nadat de overdracht voorbij is staat iedereen op. De meeste collega's gaan in kleine groepjes staan en lijken bij te kletsen. Ik loop met de zorgmedewerker mee, hij gaat het gesprek aan met de collega die hem een compliment heeft gegeven. De zorgmedewerker verteld over een afspraakje die hij heeft gehad, de collega reageert met; 'wat dan?'. Waarop de zorgmedewerker mij aankijkt en zegt dat hij het later wel zal vertellen. De collega reageert hierop dat de zorgmedewerker de pineut is: 'jij bent helemaal saus bro'.

Bijlage E Geleefde ervaringen

Hieronder zijn de uitwerkingen van de geleefde ervaringen van Stefan te vinden. De overige verslagen van de geleefde ervaringen van de zorgmedewerkers zijn terug te vinden op de UVH-R schijf.

Leeswijzer:

- Normaal gedrukt: letterlijke quote zoals uitgesproken door respondent
- *Schuingedrukt*: aanpassing van de tekst om de leesbaarheid tussen verschillende stukken tekst gemakkelijker te maken, of de gestelde opgeschreven zijn.
- “*Schuingedrukt tussen aanhalingstekens*”: de gestelde vraag door de onderzoeker.
- [Tussen teksthaken]: duiding van de tekst door onderzoek om de begrijpbaarheid van de tekst te vergroten.
- **Dikgedrukte**: stukken uit het observatieverslag die ondersteunend zijn aan stukken uit interview.
- ...: staan voor een stuk tekst wat oorspronkelijk ertussen stond maar weg is gehaald.

| |
|--|
| Persoonlijk verhaal: |
| <ul style="list-style-type: none">- Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg. Dat heb ik in een versneld traject gedaan. Binnen een jaar heb ik hem afgerond, had ik mijn mbo-niveau vier. En toen ben ik ook gaan werken als PB'er, persoonlijk begeleider. Ik Heb drie cliënten onder mij... Die hebben meer ondersteuning nodig bij het voeren van de eigen regie, over hun eigen leven. Daar speel ik op in.- Ja ik ben, inmiddels niet meer, maar ik was een beginnende PB'er dus er werd wel veel van mij gevraagd. |
| Karakter: |
| <ul style="list-style-type: none">- ik ben zo persoon als ik met iets zit, dan stap ik altijd wel d'rop af.- Ja dat was echt van denk ik wauw, wil ik dit wel? Kan ik dit überhaupt? Maar je staat daar en hun hebben jou nodig dus dan dacht ik wel van [xxx] knopje om, je bent een zorgverlener en zij zijn de zorgvrager en hun vragen dit voor jou.- Ik ben het echt gaan zoeken. Ik ben ondersteuning ook gaan zoeken. Tuurlijk, ik ben zo iemand. Ik vraag liever tien keer te veel dan te weinig.- Dus daar heb ik mezelf ook wel goed in ontwikkeld, |

- Dat was in het begin echt zo vervelend, dat ik soms naar huis ging en dacht 'hoe kan ik het volgende keer beter doen?'. Dan ging ik gewoon scenario's in mijn hoofd bedenken en dan sprak ik in mijn hoofd gewoon gesprekstechnieken, met mezelf oefenen. Okay, hoe ga ik volgende keer reageren als hij dat zegt?
- En voor de rest ben ik ook niet moeilijk.
- wat mij het werk nog leuk laten houden en waardoor ik het ook zeker lang volhoud, is wanneer ik hier weg ga door die deur... Ik zei precies 'wanneer ik door die deur ga, sluit ik alles af, dan heb ik andere verantwoordelijkheden buiten die deur'. Ik neem mijn werk niet mee naar huis.
- **Af en toe loopt er een client in of uit, meestal hebben ze een praktische vraag; 'mag ik mijn sigaret hebben?', 'kan ik nu wassen?' en 'wie werkt er vanavond'. De zorgmedewerker geeft vriendelijk, geduldig en met een grote glimlach antwoord.**

Uniek

- Er werkt hier geen begeleider E of coördinator. We ontvangen de ondersteuning alleen van de zorgmanager.

Eerste periode (voorbeelden)

- Ik weet nog de eerste periode met de eerste paar diensten werd ik geplaatst op een laag niveau groep erop. Zo'n zorggroep waar ik ineens luiers moest gaan verschonen... Ik zeg, dat was wel effe wennen voor mij en zeker als een cliënt ontlasting had. Nou die geur die daar vandaan komt als ik het zo mocht zeggen. Ja dat was echt van denk ik wauw, wil ik dit wel? Kan ik dit überhaupt? Maar je staat daar en hun hebben jou nodig dus dan dacht ik wel van [xxx] knopje om, je bent een zorgverlener en zij zijn de zorgvrager en hun vragen dit voor jou... Maar dat vond ik in het begin echt wel lastig... en op een wat hogere niveau groep, een LVB groep, vond ik het lastig om soms met cliënten bepaalde gesprekken te voeren. Ik moest vaak nadenken van wat kon je wel zeggen, wat kon je niet en waar is de grens, waar moet je hun remmen? Dat vond ik heel moeilijk, want je had sommige cliënten die best wat verbaal wel sterk waren. Maar ja, tegelijkertijd weet je het zijn cliënten, ze zijn licht verstandelijk beperkt. Ja, wat kan je wel zeggen of wat kan je niet? Je moet echt gewoon voor jezelf gewoon inschatten van oké, op deze manier kan ik dit gesprek voeren. Kan ik afkappen? Mag ik afkappen? Mag ik cliënt remmen, dat vond ik wel lastig.

- Dus ik vond het heel moeilijk om met haar een gesprek te voeren. Ik vond het heel lastig om haar te begeleiden, en ik wilde zo graag. En dat lukte vaak niet, dus het frustreerde mij dat ik daar niet doorheen kwam. Maar ja, uiteindelijk kwam ik erachter dat er niet echt alleen aan mij lag, maar het lag gewoon aan haar achtergrond, aan haar problematiek ook... Maar in het begin vond ik dat wel lastig
- Ik heb ook andere cliënt met NAH, hij is heel vaak in war. En hij houdt alles door elkaar. En gesprekken voeren met hem was ook soms lastig, want hij laat je soms dan niet uitpraten. Of hij maakte mij soms ook wat onzeker, want dan zegt 'ben je wel geleerd, kan je wel je werk goed doen he? Volgens mij doe je je werk niet goed.' Dan dacht ik ok wacht effe. En nu? In het begin blokkeerde ik zeg maar dan wist ik niet hoe ik moest anticiperen op zijn gedrag. Dat was in het begin echt zo vervelend, dat ik soms naar huis ging en dacht 'hoe kan k het volgende keer beter doen?'. Dan ging ik gewoon scenario's in mijn hoofd bedenken en dan sprak ik in mijn hoofd gewoon gesprekstechnieken, met mezelf oefenen. Okay, hoe ga ik volgende keer reageren als hij dat zegt? Als naarmate je het vaker doet, nu gaat het veel beter.
- Maar ik heb veel geleerd van m'n collega's. Ik ben veel gaan meekijken van hoe voeren de collega's die jarenlang hier werken, hoe voeren zij die gesprekken met cliënten? En dat heb ik bij verschillende collega's heb ik dat gedaan en op een gegeven moment heb ik dat gewoon een beetje meegenomen en gewoon mijn eigen van gemaakt

Emoties

- Euh de emoties die ik heb ervaren. natuurlijk had je van goeie dagen, maar je had ook zo van de minder dagen
- Dus ik vond het heel moeilijk om met haar een gesprek te voeren. Ik vond het heel lastig om haar te begeleiden, en ik wilde zo graag. En dat lukte vaak niet, dus het frustreerde mij dat ik daar niet doorheen kwam.
- En gesprekken voeren met hem was ook soms lastig, want hij laat je soms dan niet uitpraten. Of hij maakte mij soms ook wat onzeker, want dan zegt 'ben je wel geleerd, kan je wel je werk goed doen he? Volgens mij doe je je werk niet goed.' Dan dacht ik ok wacht effe. En nu? In het begin blokkeerde ik zeg maar dan wist ik niet hoe ik moest anticiperen op zijn gedrag. Dat was in het begin echt zo vervelend, dat ik soms naar huis ging en dacht 'hoe kan k het volgende keer beter doen?'.

- Ja dat was echt van denk ik wauw, wil ik dit wel? Kan ik dit überhaupt? Maar je staat daar en hun hebben jou nodig dus dan dacht ik wel van [xxx] knopje om, je bent een zorgverlener en zij zijn de zorgvrager en hun vragen dit voor jou.
- **De zorgmedewerker verteld over een afspraakje die hij heeft gehad, de collega reageert met; ‘wat dan?’. Waarop de zorgmedewerker mij aankijkt en zegt dat hij het later wel zal vertellen. De collega reageert hierop dat de zorgmedewerker de pineut is: ‘jij bent helemaal saus bro’.**

MBT ZM

- We hadden hiervoor een ander soort manager, maar die was sinds 1,5 jaar geleden gestopt op deze woning. Toen kregen we een tijdelijke. Wat nu, onze vaste is dus begonnen als tijdelijke zorg manager, maar daarna werd het onze vaste zorg manager.
- Ik heb een hele goeie band met haar. Ik heb geen klacht of wat dan ook. Derde zorgmanager
- *De last van werken met cliënten is niet gedeeld met ZM. Dit vind ik Achteraf niet erg. Waarom? Omdat het toch wel ten goede eind is gekomen. Stel je voor het had niet gewerkt, dan had ik dan wel die stap genomen om eventueel wel naar zorgmanager te gaan of gedragsdeskundigen. Maar omdat het wel genoeg had aan mijn team en m'n collega's, was het niet nodig om nog naar gedragsdeskundigen of naar de zorgmanager te gaan toen.*
- *Er zijn gesprekken gevoerd met ZM tijdens functioneringsgesprekken met de zorgmanager? En de vraag Hoe gaat het op de werkvloer? Hoe ervaar je het? Wat kan beter? En kan ik jou nog ergens nog bij ondersteunen? Of dan vroeg ze wat verwacht jij van een zorgmanager, Wat verwacht jij van mij? Ja, dan zeg ik altijd ik verwacht gewoon uh empathie. Ik verwacht, begrip wanneer het nodig is. En wat ik ook verwacht is gewoon een luisterend oor, omdat je ook gewoon naar je medewerker luistert.*
- De zorgmanager is heel goed bereikbaar. Zij is maar één dag in de week vrij. Ze reageert heel vaak en heel snel op je mail. Dus de bereikbaarheid bij de zorgmanager, dat vind ik heel, heel goed. Het is niet van dat je dagenlang nog moet wachten voordat je een terugkoppeling krijg van je zorgmanager of dat je dagenlang met een probleem moet lopen. Want de manager is niet bereikbaar, dus dat vind ik wel heel fijn, zeker een pluspunt.

- Ja om mochten je tegen iets aanlopen zo op de werkvloer en daar kan je altijd wel bij haar terecht en dan kijkt ze altijd wel mee voor een oplossing. Dus mijn verstandhouding met m'n zorgmanager, dat is wel prima.
- er is een situatie een aantal maanden geleden voorgevallen op de groep met een cliënt die escaleerde en ik drukte op de pieper, de pieper gebruiken we om back up te vragen van collega's. En die ging helaas niet af. Dus stond ik één op één met de cliënt en die werd ook fysiek agressief, hij had mij geslagen waardoor ik genoodzaakt was om ze om mezelf te verdedigen. Dus ik heb hem ook terug moeten slaan om onszelf gewoon in veiligheid te brengen. En binnen de kortste keren stond zij op de stoep. Ze had me ook gezegd van normaal gesproken mag dit niet, maar in jouw geval, ik snap het. Je hebt gehandeld uit noodweer, dus ik snap je volkomen. En daar had ik wel gevoel van hè? ze begrijpt me, ze weet oké natuurlijk, officieel mag dat niet, maar ik had geen keus. Ik kon niet rekenen op de back up van het systeem. Dus uh daar heeft ze wel laten zien van Hey ja ik snap jou. Ik begrijp jou. Ze vroeg ook van ja gaat het? Wil je nog gesprek voeren? Hoe heb je t ervaren? Dus ja, ze was heel nauw betrokken na dat incident. Dat vond ik heel erg fijn. Ook gewoon dagen daarna. Had ze me ook een bericht gestuurd van hè, uh hoe gaat dat? Hoe voel je? Heb je een dag vrij nodig?
- **Op een gegeven moment verteld de zorgmedewerker dat deze client betrokken was bij het agressie incident waarover hij had verteld tijdens het interview. De client was niet thuis om zijn 12u medicatie te ontvangen, de zorgmedewerker had zijn werkplek gebeld om dit door te geven. De client kwam boos terug van zijn werk, en gaf zorgmedewerker de schuld van deze fout. Hij gaf aan dat de zorgmedewerker bang zou zijn, en dat 'ze het buiten wel even konden oplossen' en dat zorgmedewerker geluk heeft 'dat broer er niet is'. De medewerkers horen het verhaal in stilte aan. De zorgmedewerkers vervolgt zijn verhaal, hij geeft aan dat zijn geduld wel erg op de proef werd gesteld en dat hij richting een collega toe liep. Hij vreesde dat het weer uit de hand zou lopen, waarop zijn collega's reageren dat ze dit herkende. Een collega gaf aan dat deze client meestal bluft waarop er twee anekdotes worden verteld van situaties waarop het wel een fysiek conflict werd. Ook de situatie met de zorgmedewerker wordt opgehaald, de zorgmedewerker had toen striemen in zijn nek staan. Hij geeft aan dat hij het een vervelend incident vond. Een**

collega reageert op dit verhaal met een compliment, hij zegt dat de zorgmedewerker goed heeft gehandeld.

- Tot op heden als ik ergens tegen aan loop of wat dan ook, dan kan ik bij de manager terecht. Gebeurt in mijn geval bijna niet. En er is ook niet iets voorgevallen dat ik denk van 'dit vind ik niet prettig, of de manager komt mij niet tegemoet'. Ik heb geen reden om nu op zoek te gaan naar een ander plek.
- De manager is makkelijk te bereiken. De manager, misschien werkt ze één dag in de week niet, maar via mailcontact is ze goed te bereiken. Telefonisch is ze ook wel goed te bereiken op haar werkdagen, en ze reageert ze best wel heel snel.
- Ze komt af en toe op de locatie kijken. Elke maandag hebben we dan de cliënten bespreking, dan komt zij op de locatie. Voor de rest niet echt, maar dat geeft ze ook eerlijk toe. Ze is niet echt een manager die erg veel op de groep komt. Ze is meer op de achtergrond en indien nodig, dan komt ze wel weer.
- Ik verwacht gewoon van een zorgmanager dat ze er is voor haar personeel, dat ze luistert naar personeel en dat ze ook voor het personeel staat. Ik heb niet veel nodig, als ik gehoord en gezien daar heb ik al heel veel baat bij. Stel mochten er iets gebeuren, mocht ik niet lekker in m'n vel zitten en mocht de werkdruk hoog zijn, en ik geef aan de manager van 'hey ik loop op m'n tenen en ik raak mijn plafond, is het niet mogelijk om iets te doen waardoor de werkdruk wat minder wordt'. Als zij daar begrip voor toont en daarin meegaat van [naam] weet je wat je hebt zoveel taken, zullen we dan even met jouw team bespreken dat hun jou ontlasten van bepaalde taken zodat jij gewoon weer lekker in je ritme kan komen'. Het is wel eens voorgevallen bij een andere collega van mij, en dat is ook prima gegaan. Als ik dat al merk, als ik dat dan zie, dat geeft mij dan een fijn gevoel. Dan denk je van 'okay je wordt gezien, je wordt gehoord en wordt er wat mee gedaan'. Er moet dus ook wat worden gedaan.
- Mijn ideale manager voor mij begint met een warm welkom. De medewerker de tijd geven om te leren, om van fouten te leren, feedback geven, empathie tonen, begripvol. Flexibel, ook een beetje flexibel zijn, dat mag ook wel. En de medewerkers zien en aanhoren. Er voor de medewerker zijn. Dat is mij ideale manager.

MBT GD

- En met een gedragsdeskundige had ik ook gewoon in de tussentijd dat ik dan ook gewoon wel gesprekken. Dus die heeft me daar ook wel ondersteund. Met de

zorgmanager, niet zoveel. Het is meer met collega's en gedragsdeskundige, want ja die gaan er meer over de inhoud.

- Ja, daar heb ik een goede samenwerking mee. Want ik ben persoonlijk begeleider dus ik heb best wel vaak contact met haar..... Zij heeft mij zeker wel ondersteund met bepaalde trajecten, en ik kon wel altijd gewoon bij haar terecht en tot de dag van vandaag nog steeds. Als ik met iets zit of ik kom er niet uit, dan bel ik haar of mail ik haar, en dan wijst zij mij wel daar in de weg. En we hebben zeker een goeie verstandhouding en de samenwerking verloopt ook gewoon heel prima
- En met een gedragsdeskundige had ik ook gewoon in de tussentijd dat ik dan ook gewoon wel gesprekken. Dus die heeft me daar ook wel ondersteund. Met de zorgmanager, niet zoveel. Het is meer met collega's en gedragsdeskundige, want ja die gaan er meer over de inhoud.
- Ze luistert wel, ze hoort je zeker wel aan. Oké, en dan soms gaat ze dan in een gesprek met de zorgmanager
- Kijk, net als destijds, toen het zo slecht ging met de cliënt en wij zeiden van "We denken dat hij even tijdelijk naar een crisis moet". Maar de gedragsdeskundige vond dat van niet. Die zei van nee, Ik ben van mening dat dat t hem niet goed zal doen dat het m meer slecht zou doen. Maar wij zeggen van ja, wij kijken, wij moeten ook kijken naar de andere cliënten. Ook die veiligheid moeten we waarborgen en op dit moment kunnen we dat niet. Dus ja dat was beetje wegen was sparren en eindelijk zijn we tot de oplossing gekomen om hem dan één op één begeleiding te geven. Dus er moest een extra poppetje bijkomen dat hem gewoon puur om de groep heen begeleid, waardoor wij gewoon als vaste bezetting de tijd hadden om de groep te kunnen draaien. Dus ja uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen.
- Ik voelde geen steun van de gedragsdeskundige... de gedragsdeskundige, die zei tegen mij: 'had jij niet anders kunnen doen'. Terwijl heel goed heb beschreven en ook verteld hoe de situatie is gegaan, maar alsnog werd daar geen begrip voor getoond. *"Wat had je liever gezien vanuit de gedragsdeskundige?"*. Ik had wel gehoopt dat ze empathie zou tonen. En toch begrip van mijn manier van handelen. En dan pas kunnen zeggen van: 'Hey [naam], je hebt zo gehandeld, maar in de toekomst zou je eventueel op die en die manier kunnen handelen of dat kunnen toepassen of even kijken". Als je dat in eerste instantie krijg, dan voelt dat wel beter aan als persoon zijnde. Misschien mis ik dingen die de gedragsdeskundige wel ziet en als feedback

mee kan geven, dan kan ik dat meenemen naar de volgende keer, mocht zo'n incident weer voorvallen.

Reflectie op (afwezigheid van) ondersteuning:

- In die eerste periode, heb ik wel de benodigde ondersteuning gehad die ik voor mezelf nodig had om mezelf te kunnen ontwikkelen. En om ook een opleiding te kunnen afronden. Ik ben het echt gaan zoeken. Ik ben ondersteuning ook gaan zoeken.
- *De gesprekken met ZM heb ik heel prettig ervaren. Ik heb het heel prettig ervaren. Daarom zeg ik ja, die verstandhouding tussen mij en mijn zorgmanager is gewoon prima.*

Erkenningsdynamiek VOP

- We hebben een cliënt waar ik bij PB'er van ben. Die zat vorig jaar heel slecht in z'n vel. Was in de war waardoor hij ook een gevaar werd voor zichzelf. Ook voor de medebewoners hier, waardoor hij ook vrijheidsbeperkende maatregel kreeg. Dus hij mocht niet alleen naar buiten, hij moest sleutels inleveren. Dus het was een hele vervelende tijd en ja soms wouden de gedragsdeskundige een koers inslaan en waarvan wij dachten nee we kunnen t beste op een andere manier doen dan ga je sparen en dan kijken of je toch overeen kan komen met elkaars bevindingen. Dus dat hebben we wel... Kijk, net als destijds, toen het zo slecht ging met de cliënt en wij zeiden van "We denken dat hij even tijdelijk naar een crisis moet". Maar de gedragsdeskundige vond dat van niet. Die zei van nee, Ik ben van mening dat dat t hem niet goed zal doen dat het m meer slecht zou doen. Maar wij zeggen van ja, wij kijken, wij moeten ook kijken naar de andere cliënten. Ook die veiligheid moeten we waarborgen en op dit moment kunnen we dat niet. Dus ja dat was beetje wegen was sparren en uiteindelijk zijn we tot de oplossing gekomen om hem dan één op één begeleiding te geven. Dus er moest een extra poppetje bijkomen dat hem gewoon puur om de groep heen begeleid, waardoor wij gewoon als vaste bezetting de tijd hadden om de groep te kunnen draaien. Dus ja uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen. Ja natuurlijk, iedereen mag zijn mening hebben natuurlijk... Wij geven onze mening. Zij geeft haar mening. Wij keken ook in het belang van de cliënten hier op de groep. En zij ook wel, maar zij was merendeels ook gewoon in het belang van de ander cliënten aan het kijken. En ja, het verschil is wij staan elke dag op de groep. Wij zien, wij zien dingen en de gedragsdeskundige leest vaak dingen. Daar ligt vaak ook het verschil van, staat ze nou op de groep krijgt ze

het mee, krijg je dan een heel ander beeld dan als je alleen maar rapportages leest. Daar is dan vaak het verschil van tussen begeleiders die op de werkvloer staan en de gedragsdeskundige die vanuit kantoor rapportages leest.

- We hebben een periode gehad dat we waren onderbezet. Dus we waren met te weinig personeel en we kregen wel veel taken. Op een gegeven moment begon je achter de feiten aan te lopen en dat gaven we wel aan bij de manager. Van hey ja hallo we staan met twee of drie man, en we moeten dit en dat zoveel doen. En ja, de manager heeft wel gezegd van 'als je zo en zo doet dan moet het wel haalbaar zijn'. Waarvan wij als team dachten van nee het is helemaal niet zo. En weet je wat er dan meestal is? Pas wanneer het een keer fout gaat, dan pas gaan de ogen openen... Ja, op een gegeven moment in zo'n situatie voel je dat niet gehoord. Wij staan hier en wij maken het mee, zij zijn maar op kantoor en die lezen maar dingen snap je? Of die geven hun eigen invulling en op dat moment voelden we ons niet gehoord en dat denk ik 'oké dan moet het een keer fout gaan voordat er wel wat wordt gedaan"... Uh, dat lichte boosheid. Irritatie. Want tegelijkertijd, je komt een tijdje een periode dat je niet met plezier naar je werk kom? Want je weet de werkdruk is hoog en terwijl je weet je gaat weer achter de feiten aanlopen en er wordt toch niks gedaan... *ik heb niet gespeeld met de gedachten om ergens anders te gaan werken....* want als team hebben we gewoon keihard geknukt en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht weet je. En we spelen op elkaar in we staan er voor elkaar en kijk als er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken. Maar doordat we zo'n sterk team hebben en dat we echt op elkaar zijn ingespeeld en we staan er voor elkaar wanneer het nodig is. Dus dat motiveert jou ook gewoon te gaan knallen en hier te blijven.

-

Behoud

- *Vraag: "Heb je dan gespeeld met de gedachte om ergens anders te gaan werken?"*
En nee, dat niet. want wij hebben wel gewoon echt, als team hebben we gewoon keihard geknukt en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht weet je. En we spelen op elkaar in we staan er voor elkaar en kijk als er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken. Maar doordat we zo'n sterk team hebben en dat we echt op elkaar zijn

ingespeeld en we staan er voor elkaar wanneer het nodig is. Dus dat motiveert jou ook gewoon te gaan knallen en hier te blijven.

- Ik zei eigenlijk eergisteren nog tegen m'n collega, en ik zei het net ook toevallig; ik zit goed hier. Ik heb een functie D, ik ben een persoonlijk begeleider, ik heb leuke cliënten. Tuurlijk, af en toe heb je wel iets mindere periodes dat een cliënt slecht zit, dat je harder even harder moet trappen. Maar dat hoort gewoon bij je werk. Maar qua teambuilding of qua relatie met m'n manager loopt het gewoon goed. Ik loop op dit moment niet tegen iets aan dat ik denk van 'ik ga hier weg'.
- je hebt incidenten die gebeuren. Op dat moment, dat het dan wel even niet lekker zit. Maar tegelijkertijd, als je dan weer gaat reflecteren, denk je van, dit gedeelte hoort ook wel bij je werk. Maar ja, op het moment dat je dat hebt afgesloten, dan ga je weer gewoon er tegenaan. Ga je gewoon weer je werk doen. Maar het is nog niet zo ver gekomen dat ik denk van: "ik word in het nauw gedreven of ik heb geen keus dan gewoon weg te gaan of ik heb geen plezier meer in m'n werk". Dat is nog niet voorgevallen en ik hoop dat dat ook niet gebeurt.
- Als ik die steun niet had gekregen, vooral omdat het incident wel een impact op mij heeft gehad, als ik geen steun had gekregen van mij collega's en de zorgmanager. En geen begrip, als ik mij gehoord en gezien had gevoeld. Dat zou dan wel een hele ander effect op je hebben, want dan weet er gebeurt iets met mij, wat wel een impact op mij heeft gehad. Maar ik heb geen begrip en steun van mijn manager. Dan ga je wel met een heel ander gevoel naar je werk.

Bijlage F Tekstuele Portretten (gecodeerd)

Hieronder zijn de tekstuele portretten van alle zorgmedewerkers te vinden. Deze tekstuele portretten zijn al gecodeerd, dit houdt in dat de teksten al een kleur heeft passend bij de corresponderende code. Allereerst is het tekstuele portret van Stefan, gevolgd door achtereenvolgend: Bram, Simone en Tom.

Tekstueel portret Stefan*

Mijn persoonlijke verhaal is dat ik sinds kort persoonlijk begeleider ben, dat heb ik versneld, binnen een jaar, afgerond. Ik ondersteun mijn cliënten in het voeren van de regie over hun leven. Als beginnend PB'er werd er veel van mij gevraagd. Voor mijn zorgdiploma heb ik al als uitzendkracht gewerkt op diverse zorggroepen.

Mijn karakter kenmerkt zich met 'als ik met iets zit, dan stap ik er altijd wel op af.' Ik vraag liever tien keer te veel dan te weinig. Ik ben daarom ondersteuning ook gaan zoeken. En voor de rest ben ik ook niet moeilijk, als het lastig wordt in het werk dan zet ik een knopje om. Voor mij blijft mijn werk leuk. Zodra ik uit de deur ga, sluit ik alles van werk af. Ik neem mijn werk niet mee naar huis.

Uit de observatie: "Af en toe loopt er een client in of uit, meestal hebben ze een praktische vraag; 'mag ik mijn sigaret hebben?', 'kan ik nu wassen?' en 'wie werkt er vanavond'. Stefan geeft vriendelijk, geduldig en met een glimlach antwoord."

In de eerste periode als uitzetkracht werd ik geplaatst op een laag niveaugroep, hier moest ik luiers gaan verschonen. Dat was wel even wennen voor mij, ik vroeg mijzelf af of ik dat wilde en kon. Ook het werken op een hoog niveaugroep vond ik soms lastig, in gesprekken moest ik vaak nadenken van wat ik wel of niet kon zeggen, waar is de grens en hoe moet ik hen remmen? Ik moest echt leren inschatten op welke manier ik een gesprek kan voeren.

In de eerste periode op mijn huidige groep was er een vrouwelijke client waarvan ik het moeilijk vond haar te begeleiden, zij stootte mij steeds af, dit terwijl ik zo graag contact wilde. Dat frustreerde mij en maakte mij onzeker Ook bij een andere client vond ik het lastig om gesprekken met hem te voeren. Hij maakte mij soms onzeker, dan zei hij: "ben je wel geleerd? Volgens mij doe je je werk niet goed". In het begin blokkeerde ik dan, dat was echt vervelend. Ik ging naar huis en vroeg mijzelf af hoe ik de volgende keer beter kon doen. Dan ging ik in mijn hoofd scenario's bedenken, waarbij ik oefenende met gesprekstechnieken zodat ik in de toekomst een andere uitkomst zou krijgen.

In de eerste periode is ook een cliënt fysiek agressief naar mij geworden, ik drukte op de pieper om back up te vragen van collega's. Maar de pieper ging niet af. De client heeft mij geslagen waardoor ik genoodzaakt was om hem terugslaan om mijzelf te verdedigen.

Uit de observatie: Stefan vertelt in de overdracht over deze client. De client kwam boos thuis. Hij gaf aan dat Stefan bang zou zijn, en dat 'ze het buiten wel even konden oplossen' en dat Stefan geluk heeft dat 'broer er niet is'. De collega's van Stefan horen het verhaal in stilte aan. Stefan vervolgt zijn verhaal, hij geeft aan dat zijn geduld wel erg op de proef werd gesteld en dat hij richting een collega liep. Hij vreesde dat het uit de hand zou lopen, waarop zijn collega's in de overdracht reageren dat ze dit herkennen. Een collega gaf aan dat de client meestal bluft, waarop er anekdotes worden verteld van situaties waarop het wel een fysiek conflict

Dat ik onzeker en gefrustreerd was heb ik geuit naar mijn collega's. Zij zeiden dat het met de tijd beter zou worden, dat ik niet te veel druk op mezelf moest leggen. Ze hebben gelijk gehad. Ik heb dit niet met zorgmanager en gedragsdeskundige gedeeld omdat ik dat niet nodig vond. Ik heb veel geleerd van m'n collega's. Ik ben gaan kijken hoe de ervaren collega's die gesprekken voeren met de cliënten. Op een gegeven moment heb ik dat mij eigen gemaakt.

In mijn werk heb ik ervaringen met zorgmanagers opgedaan. **Toen ik hier begon met werken hadden we een andere manager, maar die is 1,5 jaar geleden gestopt op de woning. Toen kregen we onze huidige manager, eerst was zij tijdelijk, maar later als vast. Nu, zo'n half jaar later is ook zij opgestapt, het is niet duidelijk wie nu onze manager wordt. Ik heb een hele goeie band met haar.** De last die ik heb ervaren in het leren werken met de cliënten heb ik niet met haar gedeeld, dat vind ik achteraf gezien niet erg omdat het toch wel goed gekomen. Als het niet had gewerkt, dan had ik wel de stap genomen om naar haar toe te gaan. Ik heb functioneringsgesprekken gehad met mijn zorgmanager. Daarin vroeg ze hoe het ging op de werkvloer, en met mij, en wat ik van haar verwachtte. Ik heb toen aangegeven empathie te willen en een luisterend oor. Dit heb ik ook gekregen, bijvoorbeeld bij het incident van de falende pieper. Binnen de kortste keren stond de zorgmanager op de stoep, ze zei 'normaal gesproken mag het niet, maar jij hebt gehandeld uit noodweer, dus ik snap je volkomen'. Dat gaf mij het gevoel dat ze mij begrijpt. **Na het incident was het contact hecht, ze vroeg later of het ging, of ik nog een gesprek wilde. Ook dagen later had ze nog een berichtje gestuurd om te vragen hoe het ging. Dat vond ik heel erg fijn.**

Als ik ergens tegen aan loop of wat dan ook, dan kan ik bij de manager terecht. Dit gebeurt bij mij niet zo vaak, meestal alleen over werkdruk, maar ik heb wel het gevoel dat ze bereikbaar is. Zowel telefonisch als in het echt. Elke maandag hebben we dan de cliënten bespreking, dan komt zij op de locatie. Ze komt af en toe op de locatie kijken. Voor de rest is ze er niet echt. We hebben geen coördinator of begeleider E op de groep. Van een manager verwacht ik dat ze er is voor haar personeel, dat ze luistert en dat ze ook voor het personeel staat. Ik wil vooral gehoord en gezien worden. Bijvoorbeeld als er iets gebeurt, ik zit niet lekker in mijn vel, de werkdruk is te hoog, dat ik aan kan geven en dat zij er dan begrip voor toont en daarin meegaat. Als ik dat al merk en zie, dan geeft mij dat een fijn gevoel. Mijn ideale manager zou mij een warm welkom heten, mij de tijd geven om te leren, om van mijn fouten te leren, mij feedback geven en empathie en begrip tonen,

Ook met gedragsdeskundige heb ik ervaringen opgedaan. Tijdens het incident waarbij ik een client had geslagen voelde ik geen steun van de gedragsdeskundige. Ze vroeg aan mij of ik het niet anders had kunnen doen. Terwijl ik heel goed heb opgeschreven en verteld hoe de situatie is gegaan, maar alsnog werd daar geen begrip voor getoond. Ik had wel gehoopt dat ze empathie zou tonen voor mijn manier van handelen. En dan pas later had ze kunnen zeggen hoe ik anders had kunnen handelen. Maar los hiervan heb ik wel een goede samenwerking met haar. Omdat ik persoonlijk begeleider ben, heb ik vaak contact met haar. Tijdens mijn opleiding heeft zij mij ondersteund met bepaalde opdrachten. Ik kan bij haar terecht als ik met iets zit of ik kom er niet uit, dan wijst zij mij daar in de weg. Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de gedragsdeskundige. Zo ging het een tijdje niet zo goed met een client. Als team vonden wij dat deze client tijdelijk naar een crisis moest. Maar de gedragsdeskundige vond van niet. Wij vonden dat er ook naar de andere cliënten en hun veiligheid gekeken moest worden. Dus dat was wikken en wegen, eindelijk hebben we besloten om hem één op één begeleiding te geven. Uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen.

Ook met de zorgmanager ben ik het soms inhoudelijk oneens. Zo was er een periode waarin we onderbezet waren. Dit gaven wij aan bij de manager, zij vond echter dat het wel haalbaar was. Maar pas nadat het een keer fout ging gingen de ogen open. Wij staan er en maken het mee, de zorgmanager en gedragsdeskundigen zitten maar op kantoor en die lezen alleen wat wij meemaken. Ik voelde mij toen niet gehoord, hier was ik geïrriteerd over. Ik ben een tijdje niet met plezier naar mijn werk gegaan want de werkdruk is hoog, ik liep achter de feiten aan.

Ik heb toen niet met de gedachten gespeeld om ergens anders te gaan werken. Want als team hebben we gewoon keihard geknukt, en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht. Als dat er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken. Dat motiveert gewoon om te gaan knallen en hier te blijven.

*gefingeerde naam

Tekstueel portret Bram*

Mijn verhaal is dat ik MBO Facilitair Leidinggevende heb gestudeerd. Ik werkte voor een gebouwbeheer-organisatie. Ik was verantwoordelijk voor een portfolio van vijf miljoen en ben nog nooit een klant kwijtgeraakt. Iedereen in mijn familie werkt in de zorg. Ik draaide via een uitzendbureau af en toe een dienstje. De zorg was voor mij vrij, je draait een dienst en gaat weg. Zo kwam ik hier op de groep. Op een gegeven moment was mijn bedrijf overgenomen door een ander bedrijf, ik paste niet zo goed binnen die cultuur. Ik ben daar weggegaan, en toen vroegen ze mij of ik hier in dienst wilde komen. En precies met deze groep had ik een klik.

Mijn karakter kenmerkt zich in dat ik best zelfverzekerd ben. Ik functioneer hier onder mijn niveau, ik heb een denkniveau passend bij hbo. Ik ben maatschappelijk betrokken, ik was vrijwilliger met jongeren om activiteiten te organiseren. Op werk durf ik andere beslissingen te nemen dan mijn collega's, dit kan ik goed onderbouwen. Ik denk best veel na, stel er gebeurt een escalatie dan denk ik er later nog over na, een soort van zelfreflectie. Misschien ben ik ook te kritisch op allerlei zaken, misschien ben ik wel zo'n zeurpiet.

Uit de observatie: “Bram groet ons enthousiast met z'n armen wijd in de lucht en een grote glimlach. Hij biedt zijn excuses aan omdat hij te laat. Als ik naar hem kijk dan denk ik dat hij veel vertrouwen uitstraalt. Collega's zijn blij om hem te zien, sommige hebben hem al een poos niet gezien vanwege vakantie. Na bijna elke zin zeggen ze woorden zoals 'boy', 'bro', 'mattie' of 'neef'.”

Wat mijn situatie uniek maakt is dat ik zelf als manager heb gewerkt. Hierdoor kan ik mij goed verplaatsen in de situatie van manager, en kan goed onderbouwen hoe dingen anders kunnen. In de eerste periode liep ik tegen bepaalde collega's aan. Zij onderschatten mij. Het team was kritisch voor mij. **Ik heb dit niet met de manager besproken want ik heb nooit het idee gehad dat de manager er voor mij was. Mijn contract werd getekend en that's it. Nooit hebben ze tegen me gezegd 'kunnen we even praten'.** In de eerste zes maanden heb ik vaak gedacht 'zit ik hier op de juiste plek?'. Als je je niet gewaardeerd voelt, dan speelt dat wel in je hoofd af. Sommige cliënten waren ook wel grote uitdagingen. Zo was er een client die mij zeven maanden lang aantrok en afstootte. De ene dag zei ze 'goeiemorgen', de volgende dag negeerde ze mij volkomen. Ik nam dat persoonlijk, vroeg mij af of dat aan mij lag. In de eerste periode liep ik met verschillende emoties rond. Ik was onzeker omdat ik werd genegeerd door de manager.

Mijn emotionele behoeften in die tijd waren vooral ondersteuning in het opbouwen van de relatie van de cliënten. Deze steun heb ik van collega's ontvangen, bijvoorbeeld tijdens overdrachten of in gesprekken met de PB'ers. Ik heb nooit ondersteuning gekregen van de gedragsdeskundige, ik heb dit niet gevraagd. Toen ik een heftige escalatie had meegemaakt, waarbij ik serieus met de dood was bedreigd, heb ik geen ondersteuning ontvangen. Ik heb toen aangegeven 'ik heb behoefte aan emotionele ondersteuning' en dat ik letsel had. Deels om te kijken wat er zou gaan gebeuren. Na een maand heb ik daar nog steeds geen bericht van.

Op mijn werk op deze locatie heb ik ervaringen met twee zorgmanagers opgedaan, de tweede is net vertrokken, ik heb de derde nog niet ontmoet. Toen ik werd aangenomen was ik nog niet gekwalificeerd, ik besloot akkoord te gaan met het contract mits ik binnen zes maanden een opleiding zou starten. Een paar maanden later kreeg ik te horen 'je kan niet beginnen aan de opleiding want er zijn collega's die dat ook willen doen en die gaan voor'. We hadden echter afgesproken dat ik die opleiding mocht starten, maar dat kon niet. Daar begon al het eerste waarvan ik dacht 'ja, fuck jullie'. Ze bleven maar zeggen: 'jij bent niet gekwalificeerd', maar ze boden mij wel vier keer een waarnemende D-functie aan. Maar ik werd niet naar die functie betaald. Voor de organisatie wel de lusten, niet de lasten. Toen ik eindelijk mijn diploma haalde was mijn manager niet eens geïnteresseerd. Ze vroeg 'hoe gaat het eigenlijk op school?'. Toen zei ik 'ik heb mijn diploma al allang gehaald.'

Ik ervaar de samenwerking met de manager als geen samenwerking, ze staat veel te ver van de groep. Ze weet niet precies wat het inhoudt om op de groep te staan, en wat de zwaarte van dit beroep is. Ik heb het gevoel dat zij vanaf het begin er met een gestrekt been inging. Zo begon zij gelijk met het inkorten van de diensten naar 4-uur. Dit werd gebracht als een voldongen feit. We hebben vaak een botsing gehad in de vergadering, dat zij tegen mensen zei 'donder op' of 'lul toch niet joh'. Je kan best een keer botsen, maar ik vind dat het respectvol moet gaan. Ook heeft ze een coach voor ons aangenomen, die moest het gaan oplossen voor ons, want wij als team waren niet goed ofzo. Die coach zei 'eigenlijk, is de manager het knelpunt'. Ik denk dat dit manager afhankelijk is.

Op het intranet kun je de gesprekken tussen HR en zorgmanager over jou volgen. Mijn manager gaf mij een jaarcontract, maar dat mocht zij helemaal niet doen. HR wees haar hierop. Toen schreef ze "ik ben het hier niet mee eens, ik wil geen vast contract geven". Daaruit bleek dat ze geen vertrouwen in mij had. Dit gaf mij een bewijsdrang: 'ik heb jou niet nodig, ik ben hier voor de cliënt'. Maar het was niet leuk dat de manager geen vertrouwen in mij had.

Bij het teamoverleg mocht ik niet bij zijn. Op een gegeven moment had het team zoveel vertrouwen in mij, dat zij aangaven mij ook bij de vergaderingen erbij te willen hebben. Ik hoorde van de zorgmanager 'je mag mee naar een vergadering'. Ze deed het klinken alsof het een promotie was. Ik denk dat veel mensen hadden gedacht 'fuck jullie, ik ga weg'. Want ik voelde me niet gezien, niet gewaardeerd, en voor mij duizend andere.

Ook met de gedragsdeskundige heb ik ervaringen opgedaan. Ik vind het jammer dat ik de eerste periode geen zorginhoudelijk gesprekken met haar heb gehad. De gedragsdeskundige vindt dat zij daar niet voor is. We hebben een gedragsdeskundige die geen ervaring heeft met deze doelgroep, daar lopen wij als team tegenaan. Ik vind dat zij meer betrokkenheid moet tonen. Ik heb een escalatie met een client gehad. Ik kreeg een mailtje van mijn gedragsdeskundige dat zij graag met mij in gesprek zou wilde gaan. Maar ik heb daar nooit meer iets van gehoord.

Door bovenstaande voorbeelden voel ik mij een pionnetje, voor mij tienduizend andere. Dan is geen fijn gevoel. Ik heb liever dat iemand waardering uitspreekt. Het hoeft niet per se in financieel opzicht, gewoon een compliment en gezien worden is genoeg. Ik mis dat. Al zou ik in haar schoenen staan dan zou ik de ondersteuning anders organiseren, meer kijken wat iemand nodig heeft en de mogelijkheden onderzoeken. Ik zou ook het werkklimaat verbeteren door meer in te zetten op een gevoel van veiligheid, zowel onderling als met cliënten.

Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de gedragsdeskundige. Een client van ons escaleerde veel. Zij besloot dat hij een soort van dood gewerkt moest worden. Zodat hij geen energie meer had om te escaleren. Dat vond ik, en het team, best heftig, want we haalden de levensvreugde uit iemand. Ik had liever dat hij af en toe escaleerde. Ik heb duidelijk aangegeven dat ik het er niet mee eens was. Ze reageerde heel kortaf op mijn voorstel, 'haar wil is wet'. Het stukje hoop of vertrouwen in haar vervloog daarmee.

Ik speel met gedachten om ergens anders te gaan werken en misschien wel weg te gaan uit de sector. Dit heeft verschillende redenen, een is dat ik in mijn dienst 1001 verplichtingen en taken heb, hierdoor kan ik de client niet optimaal begeleiden. Dat vind ik moeilijk, want dat is niet waarom ik hier ben. Een andere reden is financieel, zo begeleid ik een nieuwe collega, die dezelfde functie heeft als ik, maar meer geld krijgt. Dat vind ik raar, volgens de zorgmanager is daar niets aan te doen. Dat gesprek heb ik als onprettig ervaren. Ik had liever gezien dat ze erkende 'je werkt zo hard, en doet het zó goed en we zijn hartstikke blij met jou'. Het gaat mij erom dat je mij ziet. Een stukje menselijkheid, dat is er niet. Menselijkheid zowel vanuit ons, als medewerkers, naar cliënten toe. Maar ook van hogere hand naar de medewerker toe. Dat mis ik, en dat heb ik afgelopen twee jaar gewoon gemist.

Tekstueel portret Simone*

Mijn persoonlijke verhaal is dat ik na mijn middelbare school gelijk aan een zorgopleiding ben begonnen, welke ik net heb afgerond. Ik werk nu op een locatie waar de patiënten erg zelfstandig zijn. Ik waardeer de tijd die wij hier hebben voor contact met de patiënten.

Mijn karakter kenmerkt zich met dat ik best wel onzeker ben, ik vraag ik mijzelf af ‘wat zullen ze wel niet van mij denken?’.

Uit de observatie: “Op sommige momenten frummelt Simone met haar handen, ze speelt dan met de nagelriemen van haar vinger. Soms trilde haar handen.”

Omdat ik wat schuchter ben, vind ik het prettig om te wennen. Ik kijk met een klinisch oog naar dingen, ik verdiep mij graag in mensen, om ze beter te begrijpen. Ik wil alles over de patiënten weten, zodat ik ze kan helpen. Ik wil niet ‘begeleider nummer zoveel’ zijn, ik wil goede zorg verlenen. Ik vraag mij af of ik de patiënten wel heb gegeven wat ze nodig hebben.

Uit de observatie: “Simone bespreekt geduldig de cliënten, waarbij ze vlot praat. Ik heb het gevoel alsof ze systematisch en methodisch werkt, in haar spreken komt het namelijk niet voor dat ze op een client moet terugkomen omdat ze iets is vergeten te vertellen of dat ze woorden terugneemt omdat ze het verkeerd heeft uitgedrukt. Ze maakt hierbij gebruik van jargon, zoals ‘die zit er lekker in’ en in afkortingen zoals ‘db’ voor dagbesteding en ‘pmt’ voor psychomotorische therapie. Ze bespreekt de stemmingen van de client, ze lijkt hiervoor individuele kenmerken te gebruiken die passend zijn bij die persoon.”

Wat deze werkplek uniek maakt is dat wij hier meer ondersteuning ontvangen van de coördinatoren die op de afdelingen werken, dan van de zorgmanager. Met hen bespreek ik veel zaken, hoe het privé met mij gaat, waar ik emotioneel en praktisch tegenaan loop. Er is elke dienst een coördinator aan het werk waar ik bij terecht kan. Het is ook een coördinator geweest die mij heeft aangenomen, aan het begin wist ik daarom niet wie mijn manager was.

In de eerste periode moest ik erg wennen, ik vond het over het algemeen spannend want ik kwam op een nieuwe werkplek. Ik moest afwachten wat de patiënten en collega’s van mij vonden. Aan het begin werd ik ingewerkt door vaste collega's van een andere afdeling. Omdat mijn afdeling anders is dan de andere afdelingen, vond ik dat wel een beetje raar. Ik miste een stukje kennis over het sociaal therapeutisch klimaat. Daardoor werd ik ook wel onzeker. Later

bleek dat het sociaal therapeutisch klimaat hier gericht is op het ontwikkelen van zelfstandigheid, we doen veel aanspraak op eigen verantwoordelijkheid.

Uit de observatie: “Als Simone met uitzendkrachten staat, en van hun overdracht ontvangt, dan vraagt ze door. Met deze nieuwe informatie geeft ze uitleg aan hen wat er eigenlijk gaande is met de client.”

De eerste dienst waarop ik niet meer boventallig stond voelde ik mij een beetje losgelaten en zoek het maar uit eigenlijk'. Die dienst was chaotisch. Een van mijn patiënten was weggelopen. Hierdoor moest ik een protocol opstellen met 'wat gaan we doen, waar is ze nu?'. Ik dacht: 'shit het is mijn eerste dienst maar ik weet eigenlijk niet zo goed hoe het werkt hier'. Ik had het gevoel dat ik niet de beste zorg aan mijn patiënten kon geven. Ik twijfelde heel erg aan mezelf. Ik heb geen terugkoppeling gehad met zorgmanager of behandelaar. Later heb ik wel met de coördinator besproken.

Uit de observatie: “Ik bespreek met mijn collega's het protocol over urinecontrole tijdens ongeoorloofd verlof. Ik ben op de hoogte hiervan.”

In de twee jaar dat ik werk heb ik met vier zorgmanagers gewerkt, twee op mijn vorige werkplek, en twee zorgmanagers op de huidige locatie. Op mijn vorige werkplek, waar ik toen als leerling werkte, had ik destijds een betrokken zorgmanager. Zij is weggegaan, toen kregen we een interimmanager en door haar voelde ik me niet gehoord. Als ze op locatie was dan groette ze ons niet en ging ze gelijk het kantoor in. Dat vond ik jammer omdat ik tegen een manager meer opkijk dan naar een collega. In die tijd kreeg ik een kaakoperatie, ik kon de manager maar niet bereiken, dit deed mij veel. Ik vond het erg belangrijk en voelde mij verantwoordelijk over het werk. Het frustreerde mij dat ze niet terugbelde. Tijdens het re-integreren heeft ze niets aan mij gevraagd. Volgens mij wilde de manager dat ik sneller aan het werk ging dan dat ik lichamelijk aankon, ze bleef maar aangeven dat ik moest re-integreren. Dat vond ik wel erg jammer, ik miste daarin steun van haar. Dat deed mij wel een beetje verdriet. Ik bleef daardoor eigenlijk liever bij haar uit de buurt. Het liefst had ik gezien dat ze een berichtje had gestuurd met de vraag hoe het met mij ging en dat zij mij succes en sterkte wenste.

Bij dezelfde manager rondde ik mijn opleiding af. Voor mijn opleiding was mij toegezegd dat ik daar in de functie van persoonlijk begeleider kon werken. In de tijd heb ik collega's ingewerkt, ik heb stagiaires begeleid en ik heb PB'-schappen gedraaid. Toen mijn opleiding was afgerond gaf de manager aan dat ik niet de functie kon krijgen omdat ze iemand zocht die

ouder was en meer ervaring had. Ik hoorde via-via dat ze een jonger persoon, met minder ervaring had aangenomen voor de functie. Ik vond dit niet leuk en heel oneerlijk.

Op deze locatie staat de zorgmanager wat meer op de achtergrond, dat maakt de drempel hoger om naar haar toe te gaan. Overal zie ik managers vooral op de achtergrond aanwezig, terwijl wij zo hard rennen. Zij zeggen hoe het moet, terwijl ze eigenlijk geen idee hebben of dat überhaupt werkt. Ik zou een manager willen die durft aan te pakken, zijn handen vuil te maken om te ondersteunen, als we mensen tekortkomen dat ze aan bed helpen of een boterham smeren. Zo leren ze ook hoe het op de werkvloer gaat. Toen ik op mijn huidige locatie kwam werken, ging het privé niet zo goed. Hier was mijn manager niet van op de hoogte, ik wist toen niet wie de zorgmanager was. Maar ook hierin heb ik wat dat betreft meer contact met mijn coördinator en met collega's, zij steunen mij, stimuleren mij mijn grenzen te geven en geven mij tips.

Ook met behandelen heb ik ervaringen opgedaan. In de situatie met de weggelopen client heb ik er niet over nagedacht om de behandelaar te bellen. Ik vraag me af of zij dat goed hadden gevonden. Ik weet geneens of ze 's avonds bereikbaar zijn. Dit gevoel komt waarschijnlijk omdat ik merk dat ze overdag druk zijn en moeilijk bereikbaar. Daar kan ik mij aan irriteren, want ik bel ze niet zonder reden. We hebben wel een behandelaar van de afdeling, maar ik vind dat wij die niet zo veel zien. Ik heb het gevoel dat we daarin de patiënten te min doen. Het zou fijn zijn om informatie te krijgen over de begeleiding. Want de behandelen weten goed hoe de afdeling en patiëntenpopulatie in elkaar zit, dat had mij ook wel geholpen. Het was fijn geweest als iemand af en toe eens vraagt hoe ik het ervaar met een client. Want ik ben best onzeker, ik vind het fijn om iets te bespreken en terug te horen of ik het goed heb gedaan. Dit soort dingen pak ik wel met de coördinator op.

Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de behandelen. We hebben een psychotische patiënt gehad, die niet zo goed binnen de groep paste. Wij overvroegen haar, we hebben dit in die periode meerdere malen aan de behandelaar aangegeven. Elke keer kregen we het antwoord dat ze op andere afdelingen ook niet paste. Dan denk ik 'eigenlijk moet je een dag meelopen om te zien wat er gebeurt'. Ik heb niet het gevoel dat wij daarin gezien werden.

Ik mis snel uitdaging, meestal ga ik na twee jaar wat nieuws zoeken. Hier ga ik per juni weg, dat vind ik heel jammer. Ik ben gevraagd om bij een andere organisatie te beginnen, met opleiding en doorgroeimogelijkheden.

*gefingeerde naam

Tekstueel portret Tom*

Mijn persoonlijke verhaal is dat ik ben begonnen met vrijwilligerswerk in de zorg. Ik zat in de ziektewet en wilde mij graag nuttig maken voor een ander. In eerste instantie zou ik gaan fietsen met een client. **Maar op die locatie was zoveel onrust en hulp nodig, dat ik snel betrokken ben geraakt met de bewoners en de organisatie.** **Soms dacht ik dat het wel een beetje veel was.** Hierna ben ik de opleiding gaan doen, nu werk ik op deze locatie als persoonlijk begeleider. Je moet best wel je eigen belang neerleggen om dit werk goed te kunnen doen. Het werk is vaak ondankbaar en je moet veel geduld hebben.

Mijn karakter kenmerkt zich als enthousiast, gedreven en flexibel. Ik heb een hoge mate van toewijding maar soms ben ik wel eigenwijs. In mijn ogen 'kan niet, bestaat niet'.

Wat mijn situatie uniek maakt is dat ik ben begonnen in de zorg met een re-integratie traject. In die tijd merkte ik dat ik kennis tekortkwam, maar ik had altijd collega's om me heen waar ik die kennis kon opdoen. In die tijd stond ik niet heel sterk in m'n schoenen, ik voelde me niet heel erg goed. Het werkte relativerend voor mij om met mensen te werken die het ook moeilijk hadden. Ik voelde me gezien en nuttig door de bewoners en hun ouders, dat heeft mij erg geholpen met het proces van het re-integreren en mezelf weer op de rit te krijgen.

Tijdens het vrijwilligerswerk **voelde ik een behoorlijke verantwoordelijkheid omdat ik regelmatig alleen stond met behoorlijk gecompliceerde bewoners. Dit terwijl ik geen zorgachtergrond heb.** Op mijn huidige werkplek vind ik dat daar weinig controle is op de werkvloer. **Waar ik tegenaan loop is dat het werken op de groep te vrijblijvend is, zo worden er wel afspraken en regels gemaakt maar de uitvoering is niet altijd zoals die zou moeten zijn.** Zo wordt er met de gedragsdeskundige besproken hoe een bepaalde bewoner begeleid wordt vanuit doelen, maar ik merk dat daarvan af wordt geweken. Ik wil niet te veel een politieagent zijn naar andere begeleiders toe.

Uit de observatie: “Tom heeft de ochtendienst gewerkt. De collega van de avonddienst zit op de hoek van de bank, hij luistert naar wat hem verteld wordt en kijkt af en toe op zijn telefoon. Als cliënten langskomen, aait Tom hen over het hoofd en hij tilt er een op zijn schoot. Gelijktijdig vertelt hij informatie aan zijn collega's, soms gaat het over het begeleiden van de cliënten, soms beantwoordt hij een vraag of vertelt hij waar iets te vinden is. “

“Het lijkt alsof Tom dit moment leidt. hij vertelt wanneer er welke client besproken

Ik ervaar regelmatig frustratie tijdens het werk want ik ben meestal met veel dingen tegelijk bezig om te verbeteren en soms merk ik dat mensen daar niet op de goeie manier mee omgaan of het verwaarlozen. Ik wil het liefst met zo veel mogelijk enthousiaste mensen werken. Ik vind dat collega's de verantwoordelijkheid moeten nemen, de basiszorg moeten uitvoeren en niet op de bank zitten of op hun telefoon. **Alleen ik kan niet iemand anders veranderen.** Ik heb hier een brief over opgesteld, deze laat ik ondertekenen door collega's en deel ik uit onder de collega's, manager en regiomanager. **Ik kreeg genoeg ondersteuning, kon overal met mijn vragen terecht.** Waar ik tegenaan liep, loop ik nu nog steeds tegen aan; het is allemaal veel te vrijblijvend. Ik heb het gevoel alsof ik water naar de zee draag, elke dag denk ik weer 'wat zou

Uit de observatie: "Iets later komt Tom erachter dat de andere avonddienst er nog niet is, de andere collega weet ook niet waar hij is. Tom belt hem op. Ik hoor hem de collega groeten met 'mattie', en vraagt hem of alles 'lekker gaat?'. Hij vraagt 'waar ben je dan bro?', en daarna hoor ik hem zeggen 'ja luister dan, dat weet ik niet he gozer'. Na het ophangen geeft hij aan dat het soms onduidelijk is hoe laat uitzendkrachten beginnen en dat ze niet zo nauwkeurig informeren als zij verlaat zijn."

ik aantreffen?'

Op deze werkplek heb ik ervaringen met zorgmanagers opgedaan. **In een jaar tijd heb ik drie zorgmanagers gehad. Met de tweede zorgmanager kon ik heel goed mezelf zijn. Het kwam regelmatig voor dat ik bij hem ventileerde. Ik voelde me gehoord en er werd naar mij geluisterd. Zo zei hij tegen mij: "laat het weten als je iets nodig hebt". Dat was geen loze belofte, want als ik iets vroeg dan gebeurde het ook.** Het is alleen zo dat we realistisch moeten zijn, dat zij ook niet de oplossing hebben voor het personeelsprobleem. **Er is nu een nieuwe zorgmanager, die gaat op z'n gemak alles onder de loep nemen. Dat duurt gewoon weer maanden, want het kost heel veel tijd en moeite voordat een manager hier overzicht in krijgt.** Ik heb geen zin meer, ik heb te vaak gedacht dat wij de goede kant op gingen maar dat het niet gebeurde. **Ik mis de band die ik in korte tijd met de vorige manager heb opgebouwd.** Toen de tweede zorgmanager wegging heb ik besloten om ook rond te gaan kijken op andere locaties, ik zei tegen hem 'jij weet net zo goed als ik dat dit een zinkend schip is'.

Uit de observatie: "Tom vertelt aan mij 'normaal werken we met een map of formulier tijdens de overdracht, maar dat gebruiken we eigenlijk niet meer'."

Ook mis ik wel een leidinggevend of een coördinator die vaker op de groep komt om mensen aan te spreken, maar ook een keer ziet hoe het er hieraan toe gaat. Om zodoende collega's aan te spreken op hun gedrag, in plaats van in een mail. De zorgmanager kan zorgen dat er coördinatie op de werkvloer komt. Nu wordt er van ons verlangd dat wij de taak oppakken om andere mensen aan te spreken. Maar die cultuur is er helemaal niet. Ook zou een manager die meehelpt met een escalatie, of een coördinator die een uurtje meehelpt als iemand te laat is heel prettig zijn. Dat ligt ook vooral aan de persoon: is iemand open, eerlijk, betrokken en betrouwbaar, maar gewoon zichzelf. Ik vind het fijn als mensen hun zwaktes tonen en laten zien dat ze kwetsbaar zijn. Ik heb het gevoel dat zij mij, mijn enthousiasme en inzet, erg waarderen.

Er zijn dingen die ik alleen bespreek met mijn coördinator. Het gaat daarbij ook echt om de klik, om de gelijkwaardigheid. Zij ventileert ook bij mij, er is een wisselwerking. Zij geeft aan 'joh Tom, we gaan het gewoon zo doen op de manier hoe jij het hebt aangedragen'.

Ook met gedragsdeskundige heb ik ervaringen opgedaan. Ik heb nauw contact met haar. Zij kent de client goed.

Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de gedragsdeskundige. Zij probeert ons dan wel eens te overtuigen, maar ik denk dat daar ook wel de kracht in zit. Want als iedereen overall mee instemt dan heeft de bewoner binnen no time allemaal beperkingen. Maar ik ben wel degene die op de werkvloer staat en dat is anders dan als je het achter een computer regelt. Ik vind het goed dat ze probeert zo veel mogelijk maatregelen te voorkomen. Het is wel zo dat de situatie soms onwerkbaar wordt. Bijvoorbeeld, het matras wat dan dagelijks gescheurd wordt. Je kan natuurlijk niet elke dag een nieuw matras aanvoeren. Maar wij vinden dan oplossingen, we weten wel wat goed en fout is. Wij geven dan aan de gedragsdeskundigen 'wij hebben dit besloten om te gaan doen' en we komen op die manier eigenlijk altijd er wel uit want 'wij moeten elke dag meerdere kinderen op tijd uit bed halen'.

Ik ga volgende maand stoppen op deze locatie, ik ga dan op een andere woongroep werken om mezelf een betere werkplek te gunnen.. Op de locatie waar ik nu werk zijn bijna alle vaste medewerkers weg, in de afgelopen twee maanden een stuk op vijf. De zorgmanager had mij geen andere ondersteuning kunnen bieden, ze hadden de problemen op de werkvloer kunnen oplossen maar ook dat was haast onmogelijk. En met het verloop onder de managers duurt dat ook maanden.

*gefingeerde naam

Bijlage G Coderingschema

Hieronder is het coderingssysteem te vinden. De stukken tekst uit de tekstuele portretten die gecodeerd zijn, zijn te vinden bij bijpassende code.

Leeswijzer:

- [tussen haakjes] = verduidelijking van letterlijk citaat door onderzoeker.
- = lopende zin die in rij eronder verder gaat.
- In de eerste kolom is naast de ervaring ook het paragraaf nummer te vinden waarin deze ervaring wordt uitgewerkt.

| | Tom | Simone | Stefan | Bram |
|---|--|---|--|--|
| De kwetsbare balans tussen samen en alleen (m.b.t. aansturende staf) | | | | |
| Kwestbaarheid door afwezigheid van stabiliteit aansturen de staf | In een jaar tijd heb ik drie zorgmanagers gehad Er is nu een nieuwe zorgmanager, die gaat op z'n gemak alles onder de loep nemen. Dat duurt gewoon weer maanden, want het kost heel veel tijd en moeite voordat een manager hier overzicht in krijgt. Ik mis de band die ik in korte tijd met de vorige manager heb opgebouwd. | In de twee jaar dat ik werk heb ik met vier zorgmanagers gewerkt, twee op mijn vorige werkplek, en twee zorgmanagers op de huidige locatie. Op mijn vorige werkplek, waar ik toen als leerling werkte, had ik destijds een betrokken zorgmanager. Het is ook een coördinator geweest die mij heeft aangenomen, aan het begin wist ik daarom niet wie mijn manager was. | Toen ik hier begon met werken hadden we een andere manager, maar die is 1,5 jaar geleden gestopt op de woning. Toen kregen we onze huidige manager, eerst was zij tijdelijk, maar later als vast. Nu, zo'n half jaar later is ook zij opgestapt, het is niet duidelijk wie nu onze manager wordt. Ik had een hele goeie band met haar. | Op mijn werk op deze locatie heb ik ervaringen met twee zorgmanagers opgedaan, de tweede is net vertrokken, ik heb de derde nog niet ontmoet. |
| Gevoel van (niet) terecht kunnen bij aansturen de staf voor ondersteuning | Ik kreeg genoeg ondersteuning, kon overal met mijn vragen terecht. Met de tweede zorgmanager kon ik heel goed mezelf zijn. Het kwam regelmatig voor dat ik bij hem ventileerde. Ik voelde me gehoord en er werd naar mij geluisterd. Zo zei hij tegen mij: "laat het weten als je iets nodig hebt". Dat was geen loze belofte, want als ik iets vroeg dan gebeurde het ook. | Op deze locatie staat de zorgmanager wat meer op de achtergrond, dat maakt de drempel hoger om naar haar toe te gaan. In die tijd kreeg ik een kaakoperatie, ik kon de manager maar niet bereiken, dit deed mij veel. Ik vond het erg belangrijk en voelde mij verantwoordelijk over het werk. Het frustreerde mij dat ze niet terugbelde. In de situatie met de weggelopen client heb ik er niet over nagedacht om de behandelaar te bellen. Ik vraag me af 'hadden ze dat goed gevonden, nemen ze de telefoon | Ik heb wel het gevoel dat ze bereikbaar is. Voor de rest is ze er niet echt. Ik kan bij gedragsdeskundige terecht als ik met iets zit of ik kom er niet uit, dan wijst zij mij daar in de weg. We hebben geen coördinator of begeleider E op de groep. Als ik ergens tegen aan loop of wat dan ook, dan kan ik bij de manager terecht. Na het incident was het contact hecht, ze vroeg later of het ging, of ik nog een | Ik heb dit niet met de manager besproken want ik heb nooit het idee gehad dat de manager er voor mij was. Mijn contract werd getekend en that's it. Nooit hebben ze tegen me gezegd 'kunnen we even praten'. Toen ik een heftige escalatie had meegemaakt, waarbij ik serieus met de dood was bedreigd, heb ik geen ondersteuning ontvangen. Ik heb toen aangegeven 'ik heb |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | <p>Dat ligt ook vooral aan de persoon: is iemand open, eerlijk, betrokken en betrouwbaar, maar gewoon zichzelf. Ik vind het fijn als mensen hun zwaktes tonen en laten zien dat ze kwetsbaar zijn.</p> <p>Er zijn dingen die ik alleen bespreek met mijn coördinator. Het gaat daarbij ook echt om de klik, om de gelijkwaardigheid. Zij ventileert ook bij mij, er is een wisselwerking.</p> | <p>op?'. Ik weet geeneens of ze 's avonds bereikbaar zijn. Dit gevoel komt waarschijnlijk omdat ik merk dat ze overdag druk zijn en moeilijk bereikbaar.</p> <p>Wat deze werkplek uniek maakt is dat wij hier meer ondersteuning ontvangen van de coördinatoren die op de afdelingen werken, dan van de zorgmanager. Met hen bespreek ik veel zaken, hoe het privé met mij gaat, waar ik emotioneel en praktisch tegenaan loop.</p> | <p>gesprek wilde. Ook dagen later had ze nog een berichtje gestuurd om te vragen hoe het ging. Dat vond ik heel erg fijn.</p> <p>Ook met de zorgmanager ben ik het soms inhoudelijk oneens. Zo was er een periode waarin we onderbezet waren. Dit gaven wij aan bij de manager, zij vond echter dat het wel haalbaar was. Ik voelde mij toen niet gehoord, hier was ik geïrriteerd over.</p> | <p>behoefte aan emotionele ondersteuning' en dat ik letsel had. Deels om te kijken wat er zou gaan gebeuren. Na een maand heb ik daar nog steeds geen bericht van.</p> <p>Ik vind dat zij meer betrokkenheid moet tonen. Ik heb een escalatie met een client gehad. Ik kreeg een mailtje van mijn gedragsdeskundige dat zij graag met mij in gesprek zou willen gaan. Maar ik heb daar nooit meer iets van gehoord.</p> |
| <p>Een gevoel van (niet) gezien worden als mens (interpersoonlijk contact)</p> | | <p>Tijdens het re-integreren heeft ze niets aan mij gevraagd. Volgens mij wilde de manager dat ik sneller aan het werk ging dan dat ik lichamelijk aankon, ze bleef maar aangeven dat ik moest re-integreren. Dat vond ik wel erg jammer, ik miste daarin steun van haar. Dat deed mij wel een beetje verdriet. Ik bleef daardoor eigenlijk liever bij haar uit de buurt.</p> <p>Zij is weggegaan, toen kregen we een interimmanager en door haar voelde ik me niet gehoord. Als ze op locatie was dan groette ze ons niet en ging ze gelijk het kantoor in. Dat vond ik jammer omdat ik tegen een manager meer opkijk dan naar een collega.</p> | <p>Tijdens het incident waarbij ik een client had geslagen voelde ik geen steun van de gedragsdeskundige. Ze vroeg aan mij of ik het niet anders had kunnen doen. Terwijl ik heel goed heb opgeschreven en verteld hoe de situatie is gegaan, maar alsnog werd daar geen begrip voor getoond. Ik had wel gehoopt dat ze empathie zou tonen voor mijn manier van handelen. En dan pas later had ze kunnen zeggen hoe ik anders had kunnen handelen</p> | <p>Ik heb het gevoel dat zij vanaf het begin er met een gestrekt been inging. Zo begon zij gelijk met het inkorten van de diensten naar 4-uur. Dit werd gebracht als een voldongen feit. We hebben vaak een botsing gehad in de vergadering, dat zij tegen mensen zei 'donder op' of 'lul toch niet joh'. Je kan best een keer botsen, maar ik vind dat het respectvol moet gaan.</p> |
| <p>Gevoel van (niet) gewaardeerd / vertrouwd te worden</p> | <p>Zij [de coördinator] geeft aan 'joh Tom, we gaan het gewoon zo doen op de manier hoe jij het hebt aangedragen'.</p> | | | <p>Bij het teamoverleg mocht ik niet bij zijn. Op een gegeven moment had het team zoveel vertrouwen in mij, dat zij aangaven mij ook bij de vergaderingen erbij te willen hebben. Ik</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|
| als mede werker | Ik heb het gevoel dat zij mij, mijn enthousiasme en inzet, erg waarderen. | | | <p>hoorde van de zorgmanager 'je mag mee naar een vergadering'. Ze deed het klinken alsof het een promotie was. Ik denk dat veel mensen hadden gedacht 'fuck jullie, ik ga weg'. Want ik voelde me niet gezien, niet gewaardeerd, en voor mij duizend andere.</p> <p>Mijn manager gaf mij een jaarcontract, maar dat mocht zij helemaal niet doen. HR wees haar hierop. Toen schreef ze "ik ben het hier niet mee eens, ik wil geen vast contract geven". Daaruit bleek dat ze geen vertrouwen in mij had. Dit gaf mij een bewijsdrang: 'ik heb jou niet nodig, ik ben hier voor de cliënt'. Maar het was niet leuk dat de manager geen vertrouwen in mij had.</p> |
| Gevoel oneerlijk behandeld te worden | | Toen mijn opleiding was afgerond gaf de manager aan dat ik niet de functie kon krijgen omdat ze iemand zocht die ouder was en meer ervaring had. Ik hoorde via-via dat ze een jonger persoon, met minder ervaring had aangenomen voor de functie. Ik vond dit niet leuk en heel oneerlijk. | | Toen ik werd aangenomen was ik nog niet gekwalificeerd, ik besloot akkoord te gaan met het contract mits ik binnen zes maanden een opleiding zou starten. Een paar maanden later kreeg ik te horen 'je kan niet beginnen want er zijn collega's die ook een opleiding willen doen en die gaan voor'. We hadden echter afgesproken dat ik die |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | | opleiding mocht starten, maar dat kon niet. Daar begon al het eerste waarvan ik dacht 'ja, fuck jullie'. |
| Precaire balans tussen samenwerken en missen van samenwerking | | | | |
| Gemis van aansturen de staf die mij helpt wanneer nodig is | Ook zou een manager die meehelpt met een escalatie, of een coördinator die een uurtje meehelpt als iemand te laat is heel prettig zijn. Maar ik ben wel degene die op de werkvloer staat en dat is anders dan als je het achter een computer regelt. | Overall zie ik managers vooral op de achtergrond aanwezig, terwijl wij zo hard rennen. Ik zou een manager willen die durft aan te pakken, zijn handen vuil te maken om te ondersteunen, als we mensen tekortkomen dat ze aan bed helpen of een boterham smeren. Zo leren ze ook hoe het op de werkvloer gaat. Dan denk ik 'eigenlijk moet je een dag meelopen om te zien wat er gebeurt'. Ik heb niet het gevoel dat wij daarin gezien werden. | Wij staan er en maken het mee, de zorgmanager en gedragsdeskundigen zitten maar op kantoor en die lezen alleen wat wij meemaken. | Ik ervaar de samenwerking met de manager als geen samenwerking, ze staat veel te ver van de groep. Ze weet niet precies wat het inhoudt om op de groep te staan, en wat de zwaarte van dit beroep is |
| Spanning tussen per spectief gedrags deskundige en team | Maar wij vinden dan oplossingen, we weten wel wat goed en fout is. Wij geven dan aan de gedragsdeskundigen 'wij hebben dit besloten om te gaan doen' en we komen op die manier eigenlijk altijd er wel uit want 'wij moeten elke dag meerdere kinderen op tijd uit bed halen'. | Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de behandelaren. We hebben een psychotische patiënt gehad, die niet zo goed binnen de groep paste. Wij overvroegen haar, we hebben dit in die periode meerdere malen aan de behandelaar aangegeven. Elke keer kregen we het antwoord dat ze op andere afdelingen ook niet paste. | Soms ben ik het inhoudelijk niet eens met de gedragsdeskundige. Zo ging het een tijdje niet zo goed met een client. Als team vonden wij dat deze client tijdelijk naar een crisis moest. Maar de gedragsdeskundige vond van niet. Wij vonden dat er ook naar de andere cliënten en hun veiligheid gekeken moest worden. Dus dat was wikken en wegen, eindelijk hebben we besloten om hem één op één begeleiding te geven. Uiteindelijk, zijn we tot een overeenstemming kunnen komen. | Ik heb duidelijk aangegeven dat ik het er niet mee eens was. Ze reageerde heel kortaf op mijn voorstel, haar wil is wet. Het stukje hoop of vertrouwen in haar vervloog daarmee. |
| Afwezigheid van aansturing | Ook mis ik wel een leidinggevend en of een coördinator die vaker op de groep komt om mensen aan | Zij zeggen hoe het moet, terwijl ze eigenlijk geen idee hebben of dit überhaupt werkt | | Ik vind het jammer dat ik de eerste periode geen zorginhoudelijk gesprekken met haar heb |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| op de werkvloer | <p>te spreken, maar ook een keer ziet hoe het er hieraan toe gaat. Om zodoende collega's aan te spreken op hun gedrag, in plaats van in een mail. De zorgmanager kan zorgen dat er coördinatie op de werkvloer komt. Nu wordt er van ons verlangd dat wij de taak oppakken om andere mensen aan te spreken.</p> <p>Waar ik tegenaan loop is dat het werken op de groep te vrijblijvend is, zo worden er wel afspraken en regels gemaakt maar de uitvoering is niet altijd zoals die zou moeten zijn.</p> | | | <p>gehad. De gedragsdeskundige vindt dat zij daar niet voor is.</p> |
| Gemis van persoonlijke betrokkenheid / gezien worden als mens | | <p>Het liefst had ik gezien dat ze een berichtje had gestuurd met de vraag hoe het met mij ging en dat zij mij succes en sterkte wenste.</p> | <p>Van een manager verwacht ik dat ze er is voor haar personeel, dat ze luistert en dat ze ook voor het personeel staat. Ik wil vooral gehoord en gezien worden.</p> | <p>Ik had liever gezien dat ze erkende 'je werkt zo hard, en doet het zó goed en we zijn hartstikke blij met jou'. Het gaat mij erom dat je mij ziet. Een stukje menselijkheid, dat is er niet. Menselijkheid zowel voor ons, als medewerkers, naar cliënten toe. Maar ook van hogere hand naar de medewerker toe, Dat mis ik, en dat heb ik afgelopen twee jaar gewoon gemist.</p> <p>Door bovenstaande voorbeelden voel ik mij een pionnetje, voor mij tienduizend andere. Dan is geen fijn gevoel. Ik heb liever dat iemand waardering uitspreekt. Het hoeft niet per se in financieel opzicht, gewoon een compliment</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | | | en gezien worden is genoeg. Ik mis dat. |
| De destabiliseerde emoties door ervaring van afhankelijkheid | | | | |
| Gevoel van onmacht | Alleen ik kan niet iemand anders veranderen | | | |
| Gevoel twijfels over eigen bekwaamheid | | Ik miste een stukje kennis over het sociaal therapeutisch klimaat. Daardoor werd ik ook wel onzeker. Het zou fijn zijn om informatie te krijgen over de begeleiding. Want de behandelaars weten goed hoe de afdeling en patiëntenpopulatie in elkaar zit, dat had mij ook wel geholpen. | | Ik heb nooit ondersteuning gekregen van de gedragsdeskundige, ik heb dit niet gevraagd. |
| Spanning tussen kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid | Ik voelde een behoorlijke verantwoordelijkheid omdat ik regelmatig alleen stond met behoorlijk gecompliceerde bewoners. Dit terwijl ik geen zorgachtergrond heb. Maar op die locatie was zoveel onrust en hulp nodig, dat ik snel betrokken ben geraakt met de bewoners en de organisatie... | Hierdoor moest ik een protocol opstellen met 'wat gaan we doen, waar is ze nu?'. Ik dacht: 'shit het is mijn eerste dienst maar ik weet eigenlijk niet zo goed hoe het werkt hier'. De eerste dienst waarop ik niet meer boventallig stond voelde ik mij een beetje losgelaten en 'zoek het maar uit eigenlijk'... | | |
| Gevoel werk niet goed genoeg te kunnen doen vanwege werkdruk | ...soms dacht ik dat het wel een beetje veel was. | ...Die dienst was chaotisch. | Ik ben een tijdje niet met plezier naar mijn werk gegaan want de werkdruk is hoog, ik liep achter de feiten aan. | Dit heeft verschillende redenen, een is dat ik in mijn dienst 1001 verplichtingen en taken heb, hierdoor kan ik de client niet optimaal begeleiden. Dat vind ik moeilijk, want dat is niet waarom ik hier ben |
| Persoonlijke wensen en redenen om te blijven op werkplek | | | | |
| Zinkend schip | Toen de tweede zorgmanager wegging heb ik besloten om ook rond te gaan kijken op andere locaties, ik zei tegen hem | | | |

| | | | | |
|------------------|---|--|--|--|
| | <p>'jij weet net zo goed als ik dat dit een zinkend schip is'.</p> <p>Ik heb geen zin meer, ik heb te vaak gedacht dat wij de goede kant op gingen maar dat het niet gebeurde</p> <p>Ik ga volgende maand stoppen op deze locatie, ik ga dan op een andere woongroep werken om mezelf een betere werkplek te gunnen</p> | | | |
| Uitdaging missen | | <p>Ik mis snel uitdaging, meestal ga ik na twee jaar wat nieuws zoeken.</p> <p>Hier ga ik per juni weg, dat vind ik heel jammer. Ik ben gevraagd om bij een andere organisatie te beginnen, met opleiding en doorgroeimogelijkheden.</p> | | |
| Team | | | <p>Want als team hebben we gewoon keihard geknokt, en staan we nu gewoon waar we nu staan. Ons team is echt heel hecht. Als dat er niet was, dan had ik misschien wel de overweging gehad om ergens anders te gaan werken. Dat motiveert gewoon om te gaan knallen en hier te blijven.</p> | |
| Juiste plek | | | | <p>In de eerste zes maanden heb ik vaak gedacht 'zit ik hier op de juiste plek?'. Als je je niet gewaardeerd voelt, dan speelt dat wel in je hoofd af.</p> <p>Ik speel met gedachten om ergens anders te gaan werken en misschien wel weg te gaan uit de sector.</p> |

Bijlage H Fasering

Hieronder is de fasering van het onderzoek te vinden. Vanwege persoonlijke redenen is het inlevermoment 1 maand verlaat. De fasering is daarom medio mei aangepast naar de nieuwe inleverdatum.

| Periode | Onderzoeksfase | Toelichting/inhoud |
|----------|---------------------------------|--|
| Februari | Vorbereiding | <ul style="list-style-type: none"> • Overleg met zorgorganisatie voor respondenten. • 23 februari concept onderzoeksopzet inleveren. • Invullen datamanagementplan & toestemming ETC. • 28 februari onderzoeksopzet inleveren. |
| Maart | Vorbereiding | <ul style="list-style-type: none"> • Opzet logboek, literatuurzoekplan maken. • Methode en theoretisch kader uitwerken. • 20 maart inleveren hoofdstuk 1. • 27 maart feedback hoofdstuk 1. • Overleg afdeling HR zorginstelling over respondenten. • Overleg zorgmanagers zorginstelling over respondenten. • Werving respondenten, informed consent formulier. |
| April | Dataverzameling Data-analyse | <ul style="list-style-type: none"> • Data verzamelen: observaties & diepte-interviews. • Data analyse: transcriberen begin interviews, member-check. • Data-analyse: schrijven van narratieven, member-check. |
| Mei | | <ul style="list-style-type: none"> • Data verzamelen: observaties & diepte-interviews. • Data analyse: transcriberen laatste interviews, member-check. |
| Juni | | <ul style="list-style-type: none"> • 5 juni inleveren deelvraag 2 en 3. • 12 juni feedback deelvraag 2 en 3. • 17 juni inleveren deelvraag 4. • 24 juni feedback deelvraag 4. • 29 juni inleveren zorgethische discussie. |
| Juli | Rapportage | <ul style="list-style-type: none"> • 10 juli feedback zorgethische discussie. • 20 juli inleveren definitieve versie. |

