

# Morele stress tijdens de coronacrisis



Een empirisch en kwalitatief casestudyonderzoek  
onder zorgmedewerkers in het verpleeghuis

**Scriptie:** Masterscriptie Geestelijke Verzorging aan de Masteropleiding Religiewetenschappen

**Onderwijsinstelling:** Radboud Universiteit Nijmegen; Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen

**Student** | Corine de Jong (J.C)

**studentnummer** | s1061170

**Scriptiebegeleider** | Marjolein Kraaijeveld-Melse

**aantal woorden:** 24.468 (inclusief voetnoten en tabellen)

**datum** | 1-8-2022

(foto: Zwaairaam, Phil Nijhuis, 2020, ANP)

## Samenvatting

Deze scriptie beschrijft de stressoren die verpleeghuismedewerkers hebben ervaren in het verlenen van zorg tijdens de eerste fase van de coronacrisis in 2020 en onderzoekt of deze hebben geleid tot morele stress. Deze ervaringen van morele stress zijn onderzocht onder zorgmedewerkers van een verpleeghuis in Noord-Holland.

Morele stress is een persoonlijke ervaring waarbij de professional niet kan handelen naar persoonlijke en professionele waarden. Naast het typisch persoonlijke karakter van morele stress vindt deze ervaring altijd plaats in interactie met de directe werkomgeving en een bredere sociaal-politieke context. Met behulp van het zorgethisch model van Joan Tronto en het werk van Inge van Nistelrooij zijn de belangrijkste morele waarden binnen het cliënt-zorgproces in kaart gebracht.

*Kernbegrippen: morele stress, verpleeghuiszorg, coronacrisis, zorgethiek*

## Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Corine de Jong (J.C.), dat voorliggende eindwerkstuk getiteld “Morele stress: Een empirisch en kwalitatief casestudyonderzoek onder zorgmedewerkers in het verpleeghuis”, zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Haarlem, 4-8-2022

Handtekening:



## Inhoudsopgave

<b>1   Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Probleemstelling	4
1.2 Doelstelling	6
1.3 Vraagstelling	6
1.4 Definiëring kernbegrippen	6
1.5 Opbouw van het onderzoek	7
1.6 Leeswijzer	7
<b>2   Zorgpraktijk en morele waarden in de zorgethiek</b>	<b>9</b>
2.1 De definitie van zorgen volgens Tronto en mensbeeld binnen de zorgethiek	9
2.2 Het zorgethisch model in vijf fasen	10
2.3 Kenmerken van goede zorg in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	13
<b>3   Naar een definitie van morele stress</b>	<b>16</b>
3.1 Vertaling van de term <i>moral distress</i>	16
3.2 Morele stress – definiëring van het concept	17
3.3 Potentiële factoren die kunnen leiden tot morele stress in verpleeghuiszorg	18
3.4 Effecten van morele stress	20
<b>4   Stressoren en copingstrategieën</b>	<b>23</b>
4.1 Wat zijn stressoren	23
4.2 Coping en indeling in copingstrategieën binnen empirisch onderzoek	25
4.3 Probleemgerichte -, emotiegerichte – en betekenisgerichte coping	26
<b>5   Ethische en psychosociale ondersteuning bij morele stress</b>	<b>30</b>
5.1 De verantwoordelijkheid van de organisatie	30
5.2 Ethische ondersteuning bij morele stress op micro-mesoniveau	31
5.3 Ethische en psychosociale ondersteuning tijdens de coronapandemie	32
5.4 Vormen van ondersteuning bij morele stress bij veteranen	33
<b>6   Methodische verantwoording</b>	<b>36</b>
6.1 Onderzochte locatie en deelnemers	36
6.2 Procedure interviews	36
6.3 Dataverzameling	37
6.4 Data-analyse	38
<b>7   Onderzoeksresultaten</b>	<b>41</b>
<b>8   Conclusie</b>	<b>56</b>
<b>9   Discussie en aanbevelingen</b>	<b>59</b>
<b>10   Literatuurlijst</b>	<b>63</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>66</b>
Bijlage 1   Uitnodigingsbrief respondenten	
Bijlage 2   Toestemmingsverklaring	
Bijlage 3   Vragenlijst semigestructureerd interview	
Bijlage 4   Schematische indeling van de copingstrategieën	
Bijlage 5   Aanbeveling aan de organisatie	

## 1 | Inleiding

### 1.1 Probleemstelling

In de eerste fase van de coronacrisis (maart - oktober 2020)<sup>1</sup> stond goede zorg in verpleeghuizen onder druk door het onbekende en besmettelijke coronavirus. Verpleeghuisbewoners zijn kwetsbare mensen die veelal leiden aan (zeer) ernstige lichamelijke en cognitieve beperkingen en meer dan twee chronische aandoeningen.<sup>2</sup> Door deze comorbiditeit en onderliggende aandoeningen bleken zij de voornaamste risicogroep te zijn voor een ernstig verloop van de ziekte COVID-19, veroorzaakt door het coronavirus. Verspreiding en besmetting van het coronavirus verloopt o.a via hoesten en praten in nabij contact en via de handen, neus, mond en ogen.<sup>3</sup> De coronabesmetting kan leiden tot ernstige luchtwegproblemen als benauwdheid, hoesten en verkoudheidsklachten en vooral bij risicogroepen leiden tot ziekenhuisopname en overlijden.<sup>4</sup> In het beschermen van verpleeghuisbewoners als een van de risicogroepen is nadruk op veiligheid gelegd. Vooral omdat vanaf eind maart 2020 duidelijk werd dat sterfte aan COVID-19 toenam in verpleeghuizen.<sup>5</sup>

Er werden ter bescherming vergaande maatregelen gehanteerd, waaronder het preventief sluiten van de verpleeghuizen voor ieder die geen basiszorg verleende (landelijk bezoekverbod).<sup>6</sup> Concreet betekende dit overheidsbesluit dat familie en naasten wekenlang niet op bezoek mochten komen. Er werd een uitzondering gehanteerd in de terminale fase. Dan mochten er maximaal 2 bezoekers afscheid komen nemen van de bewoner.<sup>7</sup> Er werd door de overheid gekozen voor een beleid van risicobeheersing om verpleeghuisbewoners te beschermen, waardoor welzijn en waardigheid naar de achtergrond raakten.<sup>8</sup>

Door de beschermende maatregelen kwam het relationele aspect, een van de kernwaarden van persoonsgerichte zorg, in het nauw. Kenmerken van goede verpleeghuiszorg zijn vastgelegd als ‘persoonsgerichte zorg’ in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg<sup>9</sup>. De professionele en institutionele waarden van persoonsgerichte zorg leggen nadruk op de zorgrelatie met de cliënt<sup>10</sup> en diens naasten. Eigen regie en autonomie van de bewoner worden benadrukt in dit Kwaliteitskader, waarbij de cliënt bepalend is in het beoordelen van de ontvangen zorg. En familiebezoek wordt gezien als aanvulling op de

---

<sup>1</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn>

<sup>2</sup> Cretien van Campen, Verbeek-Oudijk, Debbie "Ouderen in Verpleeghuizen En Verzorgingshuizen: Landelijk Overzicht Van Hun Situatie in 2015/16," (Den Haag Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017). 5.

<sup>3</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), "De Ziekte Covid-19," Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/ziekte>, geraadpleegd 8-6-2022.

<sup>4</sup> Bron RIVM: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen>, geraadpleegd 8-6-2022.

<sup>5</sup> Henk Den Uijl, Frankowski, Andrea, Hendriks, Wiljan, "Van Beleidsreflex Naar Reflexief Beleid: Hoe Verder Nu Het Kwaliteitsdenken in De Verpleeghuiszorg Voor Een Dichte Deur Is Komen Te Staan ", ed. Ellen Van Segeren, Groen, Nico, vol. 5, *Ethiek in Tijden van Corona* (Den Haag Centrum van Ethiek en Gezondheid 2020). 18.

<sup>6</sup> Welzijn en Sport Rijksoverheid: Ministerie van Volksgezondheid, "Rijksoverheid: Kamerbrief 19-3-2020, Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport, Betreffende "Aanscherping Bezoek Verpleeghuizen Ivm Covid-19" " Rijksoverheid <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/19/kamerbrief-over-aanscherping-bezoek-verpleeghuizen-in-verband-met-covid-19>

<sup>7</sup> Verenso, "Verenso: Op Advies Van Verenso Scherpt Kabinet Bezoekersregeling Verpleeghuizen Aan," Verenso, <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/op-advies-van-verenso-scherpt-kabinet-bezoekersregeling-verpleeghuizen-aan>. Geraadpleegd op 14-4-2021.

<sup>8</sup> Den Uijl, "Van Beleidsreflex Naar Reflexief Beleid: Hoe Verder Nu Het Kwaliteitsdenken in De Verpleeghuiszorg Voor Een Dichte Deur Is Komen Te Staan ". 19.

<sup>9</sup> Zorginstituut Nederland, "Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; Samen Leren En Ontwikkelen," (Diemen2021)., 11.

<sup>10</sup> De termen cliënt en bewoner verwijzen beiden naar de ouderen in het verpleeghuis en worden door elkaar gebruikt.

dagelijkse zorg en gunstig voor de kwaliteit van leven van de cliënt.<sup>11</sup>

Het botsen van waarden vanuit naleving van de verplichte coronamaatregelen heeft zorgverleners veel stress gegeven. Waarden als welzijn versus veiligheid, individu versus collectief en eigen regie versus naleven van regels. Het bezoekverbod is als traumatisch en niet-menselijk ervaren, mede door de duur van maanden.<sup>12</sup> Ook het in quarantaine moeten houden van cliënten bij een (mogelijke) coronabesmetting was een van de stresserende factoren. Het beperken van vrijheid is alleen mogelijk met een rechtelijke machtiging vanuit de Wet Zorg en Dwang. Nu was het vanuit de coronamaatregelen toegestaan en verplicht de cliënt op zijn/haar kamer te houden.<sup>13</sup> Over het meer of minder inzetten van psychofarmaca bij cliënten zijn de cijfers niet eenduidig. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) spreekt van inzet van sederende middelen op verschillende pg-afdelingen, omdat bewoners op de pg-afdeling de maatregel van anderhalve meter afstand houden niet begrepen en rustiger werden gehouden.<sup>14</sup>

Er was duidelijk sprake van toenemende psychische problematiek in verpleeghuizen. Op sommige psychogeriatrische afdelingen zagen zorgmedewerkers meer rust door afwezigheid van familie. Maar op somatische afdelingen werd een toename van somatische en psychische klachten waargenomen, zoals pijn, depressieve symptomen, cognitieve achteruitgang en eenzaamheid.<sup>15</sup> Het zien van verwarring, angst, verdriet en eenzaamheid bij bewoners en de coronamaatregelen moeten blijven uitvoeren leidde bij medewerkers regelmatig tot morele stress. Niet kunnen handelen vanuit professionele waarden door externe belemmeringen kan leiden tot morele stress. Bij morele stress spelen, anders dan gewone stress, conflicterende waarden een rol. Morele stress is een vorm van langdurige stress die gevoelens van schuld, frustratie en boosheid kan veroorzaken bij zorgverleners. Het kan uiteindelijk een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg en het welzijn van de zorgverlener.<sup>16</sup>

In de coronacrisisaanpak lag de nadruk op sturing op ziekenhuisbezetting, IC-capaciteit en infectieziektebestrijding. Binnen de verpleeghuizen zijn de morele dilemma's in de eerste fase van de coronacrisis lange tijd onbesproken gebleven door de sterke focus op het verlenen van acute zorg.<sup>17</sup>

Met dit onderzoek wil ik een theoretische en empirische bijdrage leveren aan het fenomeen morele stress bij verpleeghuismedewerkers gedurende de coronacrisis. Dit doe ik enerzijds door theoretisch onderzoek te doen naar de begrippen morele stress, coping (omgaan met stress) en goede verpleeghuiszorg. Het begrip morele stress onderzoek ik binnen de ethiek van verpleegkunde. Morele stress zal ik niet alleen onderzoeken als individuele ervaring van

<sup>11</sup> Zorginstituut Nederland, "Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; Samen Leren En Ontwikkelen.", 13-14.

<sup>12</sup> J Dijsselbloem, "Aanpak Coronacrisis: Deel 1 - Tot September 2020," (Den Haag: Onderzoeksraad voor de Veiligheid 2022). 188-190.

<sup>13</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2021-02-22 - geraadpleegd 28-3-2021>. Artikel 1 J: *quarantaine*: verblijf van een persoon die mogelijk besmet is met een infectieziekte behorend tot groep A in een door de burgemeester aangewezen gebouw, schip of in een aantal aangewezen ruimten daarbinnen, in verband met de bestrijding van de gevaren van die ziekte voor de volksgezondheid.

<sup>14</sup> Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), "Verpleging, Verzorging En Thuiszorg Tijdens De Coronacrisis; Sectorrapportage Van De Inspectie Gezondheidszorg En Jeugd," (Den Haag Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020)., 22. Cijfers worden hierin niet vermeld.

<sup>15</sup> E. M. Sizoo et al., "Dilemmas with Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the Covid-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire with Elderly Care Physicians," *J Am Med Dir Assoc* 21, no. 12 (2020).1776.

<sup>16</sup> M. C. Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda," *Nurs Ethics* 9, no. 6 (2002). 642.

<sup>17</sup> Dijsselbloem, "Aanpak Coronacrisis." 187.

zorgverleners. Morele stress bij medewerkers kan gezien worden als een belangrijk signaal over het ethisch werkklimaat van een organisatie en over de crisissituatie in verpleeghuizen tijdens de coronacrisis. Anderzijds wil ik een empirische bijdrage leveren door inzichtelijk te maken in hoeverre verpleeghuismedewerkers morele stress hebben ervaren in het verlenen van persoonsgerichte zorg aan bewoners en welke stressoren hier aan ten grondslag liggen. Het empirische onderzoek vindt plaats in een verpleeghuis in Noord-Holland. Deze zorgorganisatie heeft de wens geuit om inzicht te krijgen of zorgverleners het lastig vonden om morele stresservaringen bespreekbaar te maken bij hun leidinggevende tijdens de eerste fase van de coronacrisis, en of de hulp die aangeboden is gebruikt is.

## 1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste inzicht ontwikkelen in de ervaringen van morele stress en de daarbij behorende stressoren. Ten tweede het schrijven van een aanbeveling aan de onderzochte instelling voor laagdrempelige vormen van morele ondersteuning die een bijdrage kunnen leveren aan welzijn van medewerkers en de kwaliteit van persoonsgerichte zorg aan cliënten.

## 1.3 Vraagstelling

De twee centrale onderzoeksvragen luiden:

1. Welke stressoren hebben zorgmedewerkers ervaren tijdens de coronacrisis in het verlenen van goede persoonsgerichte zorg in het verpleeghuis en hebben deze geleid tot morele stress?
2. In hoeverre was de aangeboden ethische en psychosociale ondersteuning voldoende voor zorgverleners in het omgaan met morele stress gedurende de coronacrisis?

## 1.4 Definiëring kernbegrippen

De kernbegrippen uit de onderzoeksvraag worden kort beschreven en in navolgende hoofdstukken onderzocht vanuit literatuur.

Kenmerken van goede zorg zijn: Bij goede zorg is de zorgverlener gevoelig voor het appel van de cliënt, geeft aandacht voor het lijden, pijn of andere zorgbehoeften en wat dit voor de ander betekent. Bij goede zorg is de zorgverlener verantwoordelijk en deskundig. De zorgontvanger voelt zich gehoord en geeft aan – verbaal of non-verbaal – dat de zorgvraag goed verstaan is.

Morele stress is de ervaring om sterk beperkt te worden in het verlenen van goede zorg. Deze ervaring komt voort uit het niet kunnen handelen naar de persoonlijke en professionele visie op zorg. Goede zorg wordt door de moreel handelende professional vanuit persoonlijke en professionele waarden vormgegeven. Morele stress is een persoonlijke ervaring van de professional, en vindt tegelijkertijd plaats in interactie met de werkomgeving en de bredere sociaal-politieke context.

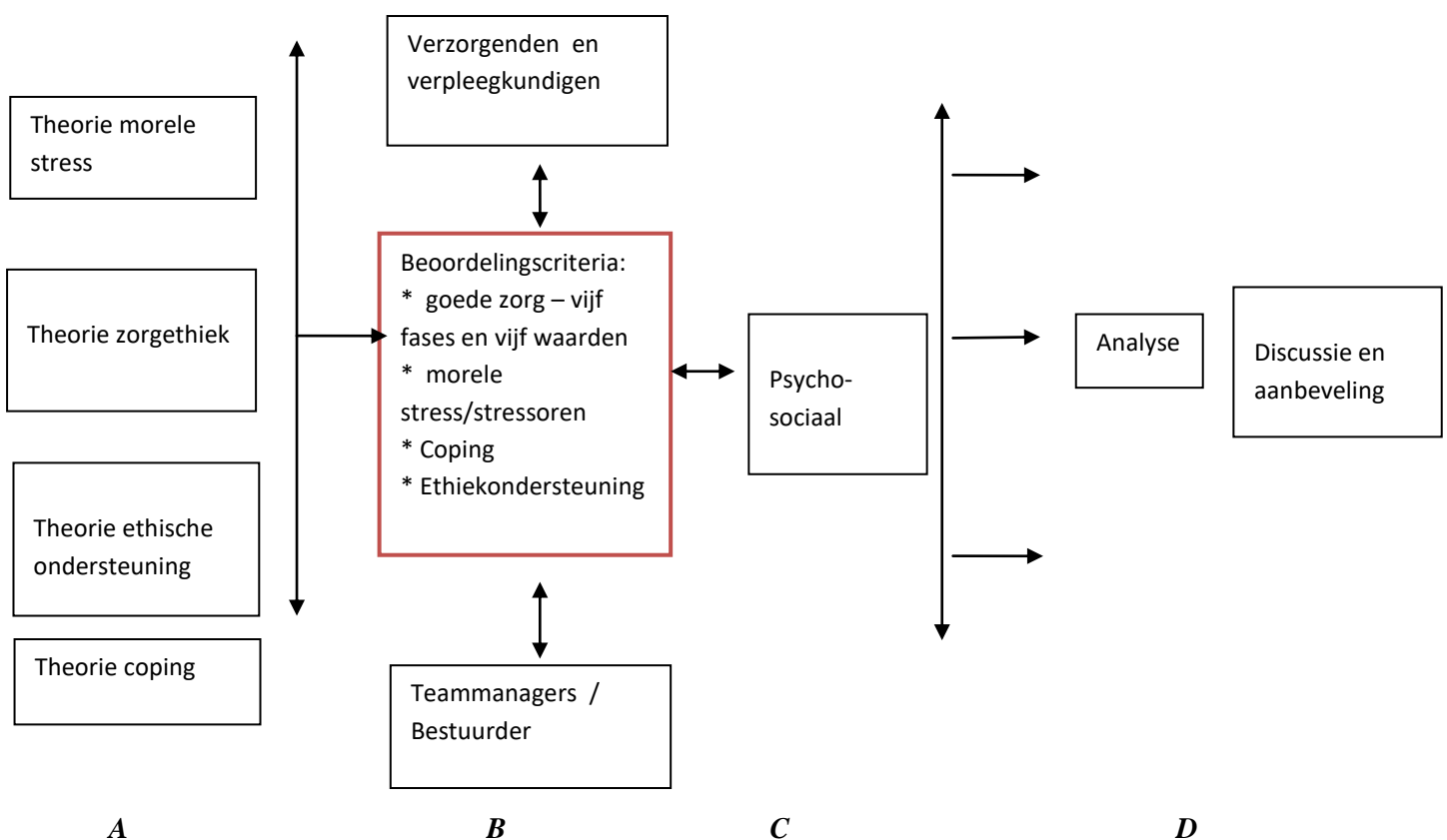
Stressoren zijn die situaties in de dagelijkse zorg voor de verpleeghuisbewoner, die door de zorgverlener als stressvol wordt ingeschat voor het eigen welzijn, mede op basis van een inschatting van de eigen emotionele, psychische, spirituele en lichamelijke draagkracht (reserves).

Coping is het gedrag waarmee mensen omgaan met een moeilijke, stressvolle situatie, ziekte of onverwachte gebeurtenis en wordt gezien als een dynamisch proces van interpreteren en

herinterpreteren van de relatie tussen de persoon en haar omgeving en de eigen reserves. Ethiekondersteuning omvat manieren van communicatie over morele thematiek, zoals gebeurt met morele counseling, moreel beraad, klinische les ethiek, broodje ethiek of binnen een ethische commissie.

### 1.5 Opbouw van het onderzoek

Het onderstaand onderzoeksmodel toont de opbouw van het onderzoek. In het theoretische kader wordt literatuur onderzocht om inhoud te geven aan de kernbegrippen en beoordelingscriteria. **(A)** In het empirische gedeelte worden medewerkers uit een verpleeghuis van verschillende disciplines, te weten verzorgende/verpleegkundige, psychosociale medewerkers en teammanager/bestuurder, in een interview naar hun ervaringen gevraagd om stressoren in beeld te kunnen brengen. **(B)** Deze interviews worden met behulp van de beoordelingscriteria uit de literatuur geanalyseerd. **(C)** Tot slot worden de resultaten uit de kwalitatieve analyse besproken in relatie tot de literatuur en wordt de onderzoeksvraag beantwoord. **(D)** Vanuit de organisatie is de wens geuit voor een aanbeveling.



### 1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 tot en met 5 bevat de uitwerking van het theoretisch kader als basis voor het empirische onderzoek. In hoofdstuk 2 bespreek ik welke kenmerken ‘goede zorg’ heeft binnen het verpleeghuis. Dit doe ik aan de hand van het werk van Joan Tronto (feministisch politiek denker en zorgethica) en Inge van Nistelrooij (zorgethica). Het zorgethisch fasemodel van Tronto schetst een duidelijk beeld van welke fasen een zorgverlener moet

doorlopen wil zij goede zorg geven en brengt de praktische zorgpraktijk samen met de zorgethische waarden. In de zorgethiek is de bredere organisatorische en maatschappelijke context waarin het zorgen plaatsvindt belangrijk. De organisatorische context voor de verpleeghuiszorg heeft haar basis in het juridisch en wettelijk kader dat is vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021. Om te kunnen vaststellen wat de kenmerken van goede verpleeghuiszorg zijn betrek ik ook de professionele en institutionele waarden die benoemd zijn in het Kwaliteitskader.

Hoofdstuk 3 heeft tot doel om tot een werkbare definitie van morele stress te komen die aansluit bij zorgethiek en de coronacrisis. Ik maak o.a gebruik van het werk van Jameton en Varcoe uit de ethiek van verpleegkunde en pas deze toe op de ouderenzorg. Zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van kennis over het begrip morele stress bij verpleegkundigen en zorgverleners, waarbij contextuele factoren betrokken worden. Met de theorie over stress en coping van Lazarus & Folkman bespreek ik in hoofdstuk 4 welke cognitieve processen een rol spelen bij stress, waardoor een situatie als stressvol beoordeeld wordt en kan leiden tot morele stress. Hun transactionele stresstheorie is invloedrijk in het onderzoek naar stress en stressfactoren. Ik laat ook zien welke copingstrategieën individueel ingezet worden in het omgaan met stressvolle situaties en maak hiervoor van het werk van Lazarus & Folkman, Folkman en Pargament. In hoofdstuk 5 bespreek ik welke vormen van psychosociale en ethische ondersteuning vanuit de organisatie gegeven kunnen worden bij morele stress in crisissituaties. Hiervoor maak ik gebruik van het werk van De Snoo-Trimpp over de waarde van moreel beraad voor zorgverlener en organisatie. Daarnaast biedt onderzoek van Tine Molendijk (cultureel antropoloog) naar *moral injury* onder veteranen een aanvulling in vormen van ethische ondersteuning bij crisissituaties en rampen.

In hoofdstuk 6 wordt de onderzoekszopzet verantwoord met de keuze van respondenten en analysemethode. In hoofdstuk 7 bespreek ik de onderzoeksresultaten aan de hand van de volgende analysevragen, deelvragen voortkomend uit de centrale onderzoeksvraag:

1. *Welke stressoren hebben respondenten ervaren in het zorgproces?*
2. *Welk copinggedrag benoemen zij in het omgaan met stressoren?*
3. *Welke effecten van morele stress worden benoemd?*
4. *Hebben de stressoren geleid tot morele stress en waar blijkt dat uit?*
5. *Welke vormen van ondersteuning zochten de respondenten?*
6. *Welke behoefte hebben respondenten in ondersteuning bij morele stress binnen de organisatie?*

Hoofdstuk 8 geeft de conclusie van de onderzoeksresultaten uit het empirisch onderzoek weer. Hoofdstuk 9 bevat de discussie van de onderzoeksresultaten in relatie met het theoretisch onderzoek. Tot slot wordt een aanbeveling gegeven voor de organisatie over mogelijke vormen van psychosociale – en ethische ondersteuning bij morele vragen en morele stress onder zorgverleners in het verpleeghuis.

## 2 | Zorgpraktijk en morele waarden in de zorgethiek

In dit hoofdstuk onderzoek ik welke waarden en kenmerken belangrijk zijn in het verlenen van goede ouderenzorg. Dit doe ik aan de hand van het werk van Joan Tronto (feministisch politiek denker en zorgethica) en Inge van Nistelrooij (zorgethica en bijzonder hoogleraar *Dialogical Self Theory*). In paragraaf 2.1 wordt de definitie van zorgen en het zorgethisch mensbeeld toegelicht die de basis vormen van zorgethiek. In paragraaf 2.2 beschrijf ik het zorgethisch fasemodel met de vijf fasen. In de zorgethiek is zorgen een morele handeling en schetst een duidelijk beeld van welke fasen een zorgverlener moet doorlopen wil zij goede zorg leveren. Het fasemodel brengt de praktische zorgpraktijk daarbij samen vijf zorgethische waarden. De vijf morele waarden uit het zorgethisch model vormen een geheel en als deze gezamenlijk aanwezig zijn in het zorgen is er sprake van ‘moreel’ goede zorg.

De vijfde fase van het model heeft betrekking op de bredere context waarin het zorgen plaatsvindt. In paragraaf 2.3 wordt daarom beschreven hoe goede verpleeghuiszorg wettelijk is vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

### 2.1 De definitie van zorgen volgens Tronto en mensbeeld binnen de zorgethiek

Het werk van o.a. Tronto staat aan de basis van zorgethiek<sup>18</sup>, een brede feministische visie op zorgen. De zorgethiek is niet uitsluitend een ethische theorie over zorgverlening, het heeft ook een politieke agenda.<sup>19</sup> Voor Tronto is het feminisme als basis van zorgethiek van belang door nadruk op kwetsbaarheid, afhankelijkheid en relationele autonomie, aspecten die in andere politieke theorieën genegeerd worden.<sup>20</sup> Feminisme betekent hier het wereldbeeld waarin men tegelijk de kwetsbaarheid van zelf en ander ziet. Tronto gebruikt hiervoor de filosofische term positionaliteit; de noodzaak om het zelf niet als centrum van de wereld te ervaren, om de positie van zelf en ander tegelijkertijd te zien om het concept van kwetsbaarheid te begrijpen.<sup>21</sup> Dat gaat over alle posities van wederzijdse afhankelijkheid, waarmee het relationeel mensbeeld centraal staat voor ieder mens.

Tronto ziet de wederzijdse afhankelijkheid van de mens als kern van mens-zijn en samenleven. Zij stelt de hedendaagse vooronderstellingen ter discussie over diegenen die in de samenleving vaak de zorgtaken uitvoeren, meestal zij die geen macht hebben en onzichtbaar zijn. Etnische minderheden, lagere sociale klassen en vrouwen hebben vaak zorgberoepen met weinig status zoals schoonmaker, verzorgende of keukenmedewerker. Kritische denken over ‘zorgen’ ziet Tronto als *de* manier om te komen tot een inclusieve democratische samenleving en eerlijke verdeling van verantwoordelijkheden. Door zorgen een zaak van iedere burger te maken moet er nagedacht worden over deze verdeling van verantwoordelijkheden, afhankelijkheden en het geven van een gelijkwaardige stem aan minderheden.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Binnen deze scriptie worden de termen ethisch/ethiek en moreel/moraliteit op de volgende wijze gebruikt: Ethiek betreft de theorie over wat het juiste is om te doen. Moraliteit betreft het concrete handelen van het juiste doen. Er wordt daarom gesproken over de vijf morele waarden in het zorgethisch waardemodel, die het morele handelen in de concrete zorgpraktijk beschrijven.

<sup>19</sup> Hans Van Dartel, "Twee Zorgethische Gesprekmethoden," in *In Gesprek Blijven over Goede Zorg; Overlegmethoden Voor Moreel Beraad*, ed. Molenwijk van Dartel (Amsterdam Uitgeverij Boom, 2018). 171-173.

<sup>20</sup> Joan C. Tronto, *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice* (New York, NY: New York University Press, 2013). 139-140.

<sup>21</sup> interview by Tessa Smorenburg, 2015. Geraadpleegd 22-5-2022.

<sup>22</sup> Tronto, *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice.*, 142-143.

Het concept ‘zorgen’ wordt door Tronto dan ook breed gedefinieerd 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*”.<sup>23</sup> In haar latere werk maakt Tronto (2013) dit explicieter door het aspect van democratische samenleving op te nemen in haar fasemodel, het ‘participeren in een zorgzame democratie’ (*caring with*) vanuit de waarde solidariteit.<sup>24</sup> Hoe zorgen concreet gezien wordt binnen de zorgethiek en hoe het iedereen aangaat, blijkt uit het mensbeeld dat er aan ten grondslag ligt.

Het mensbeeld in de zorgethiek is relationeel; ieder mens wordt gezien als een ‘*being in relationships*’<sup>25</sup> en staat daarmee in relatie tot de ander in geven en/of ontvangen van zorg. Tronto ziet ten tweede kwetsbaarheid als kenmerk van ieder mens en het menselijk leven, vooral zichtbaar bij ouderen, kinderen en zieken. En ten derde zijn *alle* mensen tegelijk ontvangers en gevers van zorg, afhankelijk van hun mogelijkheden.<sup>26</sup> Dit geldt ook voor de zorgafhankelijke cliënt in een verpleeghuis. In zorgethiek krijgen zij een actieve rol in het bevestigen van ontvangen zorg die, dat is de bedoeling, aansluit op hun zorgbehoefte. In het bevestigen dat zij de juiste zorg hebben ontvangen geven zij de zorgverlener bevestiging terug dat er goede zorg gegeven is.

Binnen het geheel van ethische theorieën onderscheidt zorgethiek zich op een aantal manieren. Zorgethiek neemt een andere positie in ten opzichte van normen en plichten dan de deontologische ethiek. Verantwoordelijkheid nemen is een waarde binnen het zorgethisch model, maar deze komt niet voort uit plicht, maar vloeit voort uit de relatie van mens tot mens in de specifieke situatie en het opmerken van de zorgvraag. Met de deugdethiek worden bepaalde waarden gedeeld, zoals aandacht en rechtvaardigheid. Zorgethiek verschilt daarin dat vanuit zorgethisch perspectief men deugden niet ontwikkelt voor zichzelf of met het doel om geluk (*eudaimonia*) te bereiken. Deugden staan altijd ten dienste van het geven van goede zorg aan de ander.<sup>27</sup>

Zorgethiek toont hoe ‘zorgen’ aan de basis ligt van hoe we als mensen met elkaar samenleven. Zorgethiek wil daarmee vooral een ethische visie geven op wat de *juiste* manier van samenleven is, waarbij men niet voor zichzelf leeft maar voor en met elkaar. Voor de zorgsector schetst dit een waardevol perspectief waarin de zorggever en zorgontvanger een gelijkwaardige stem krijgen binnen de zorgpraktijk in de organisatorische en maatschappelijke context. Zeker in de eerste fase van de coronacrisis zijn deze stemmen niet genoeg gehoord. Deze theoretische inzichten zijn vertaald naar de zorgpraktijk door o.a. Van Nistelrooij en worden in de volgende paragraaf toegelicht met het zorgethisch fasemodel.

## 2.2 Het zorgethisch model in vijf fasen

Joan Tronto onderscheidt in het zorgproces vijf fasen, waarmee het in de praktijk mogelijk is om te beschrijven wat er gebeurt wanneer er gezorgd wordt. Daarbij koppelt ze morele waarden aan elke fase, waarmee de morele dimensie van zorgen goed in beeld komt. Wanneer de praktijk en morele waarden samenkomen spreekt men in de zorgethiek van

---

<sup>23</sup> *ibid.*, 19.

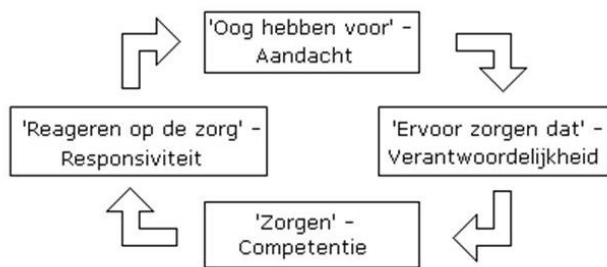
<sup>24</sup> *ibid.*, 22-23.

<sup>25</sup> *ibid.*, 30.

<sup>26</sup> *ibid.*, 30-31.

<sup>27</sup> Eric Tjong Tjin Tai, "Zorgethiek" in *Basisboek Ethiek* ed. Martin van Hees, Nys, Thomas, Robeyns, Ingrid (Amsterdam Uitgeverij Boom 2019), 209-210.

goede zorg. De fasen haken cyclisch in elkaar.<sup>28</sup> De fasen omvatten de volgende stappen en waarden; **1.** ‘*het oog hebben voor*’ (*caring about*) met de morele waarde ‘*aandacht*’; het zien van de noden en zorgbehoefte. **2.** ‘*ervoor zorgen dat*’ (*taking care of*) met de morele waarde ‘*verantwoordelijkheid*’; het verzamelen van de middelen, voorbereiden van de zorg. **3.** ‘*zorgen*’ (*care-giving*) met de morele waarde ‘*competentie*’; het concrete zorgen zelf. **4.** ‘*reageren op de zorg*’ (*care-receiving*) met de morele waarde ‘*responsiviteit*’, het ontvangen van de zorg door de zorgontvanger.



Tronto voegt hier de vijfde dimensie aan toe: **5.** ‘*zorgen met*’ (*caring with*) met de morele waarde ‘*solidariteit*’. Deze fase plaatst de zorgpraktijk, de vier fasen, in de context van een democratische samenleving en verantwoordelijkheid nemen voor zorg voor ieder mens.<sup>29</sup> Goede zorg is dan de zorg waarin deze waarden door de zorgverlener, zorgorganisatie en samenleving in praktijk gebracht worden. Van Nistelrooij geeft aan dat wanneer er een element ontbreekt, er eigenlijk geen sprake is van goede zorg.<sup>30</sup>

De vijf fasen licht ik nu toe. Het eerste kenmerk van goede zorg is ‘*het oog hebben voor*’ met de waarde ‘*aandacht*’. Van de zorgverlener wordt verwacht dat zij, naast vaktechnische kennis, oog heeft voor de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Het gaat om het zich openstellen voor signalen die zorgontvangers verbaal en non-verbaal geven; gedrag, stemmingen, signalen in de directe omgeving van de zorgontvanger, bv in de kamer of juist het ontbreken van signalen. Van Nistelrooij noemt dit het appèl dat een zorgontvanger op de zorgverlener doet, waarbij het gaat om de unieke mens in deze concrete situatie met dit signaal in dit moment.<sup>31</sup> Het goed leren verstaan van een appèl vraagt om het kennen van zorgontvangers in hun levensverhaal en persoonlijke behoeften vanuit oprechte aandacht.

Tronto beschrijft aandacht als het tijdelijk uitstellen van de eigen doelen, ambities en belangen om werkelijk met aandacht bij de ander te kunnen zijn.<sup>32</sup> Hierin is het feministische aspect te herkennen; het zelf kunnen de-centreren en de kwetsbaarheid van de ander kunnen zien. Vooral in situaties waar bijvoorbeeld geen signalen zijn is aandacht belangrijk. Bij mensen met dementie die hun zorgbehoefte niet goed kunnen laten merken is aandacht *de* kwaliteit die zorgt dat wordt opgemerkt dat achter complex gedrag of stilte een (andere) vraag of behoefte ligt. Het moreel goede in de zorgpraktijk begint dus met gevoelig zijn voor wat de ander nodig heeft.

<sup>28</sup> Inge Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen* (Heeswijk: Berne Media, 2019), 57-65.

<sup>29</sup> Tronto, *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice.*, 35.

<sup>30</sup> Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen.*, 64.

<sup>31</sup> *ibid.*, 68-73.

<sup>32</sup> Joan C. Tronto, *Moral Boudaries: A Political Argument for an Ethic Care*, Pbk ed. (New York: Routledge, 1993), 128.

De morele waarde ‘aandacht’ omvat ook de aandacht voor zorgverlener zelf, het kennen van de eigen behoeften. De zorgverlener staat binnen zorgethiek net zo centraal als de cliënt, vanuit het relationele mensbeeld en gedeelde afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Wanneer er niet aan de eigen behoefte van de zorgverlener voldaan wordt, is er geen ruimte om die van de ander te herkennen.<sup>33</sup>

Het tweede aspect van goede zorg is ‘*ervoor zorgen dat*’ er gezorgd kan worden, met de waarde ‘*verantwoordelijkheid*’. Zorgethiek is een contextuele ethiek. Het morele handelen en verantwoordelijkheid nemen gebeurt altijd in een concrete context met deze specifieke zorgverlener in relatie met deze zorgontvanger in deze organisatie. De waarde verantwoordelijkheid kent verschillende facetten; het wel of niet kunnen nemen van verantwoordelijkheid door de zorgverlener, en de verantwoordelijkheid van de organisatie.

De ervaren verantwoordelijkheid van de zorgverlener ontstaat niet vanuit plicht, de formele verantwoordelijkheid vanuit de functie en taakomschrijving met rechten en plichten. Vanuit persoonlijke betrokkenheid neemt de zorgverlener verantwoordelijkheid vanuit de persoonlijke overtuiging wat je hoort te doen in deze concrete situatie met deze concrete ander.<sup>34</sup> Omdat de zorgverlener de zorgvraag opmerkt (fase 1, aandacht) wordt zij een deel van de context en aanvaardt de verantwoordelijkheid.<sup>35</sup> De zorgverlener is niet een inwisselbare professional en “de zorgvrager geen ‘casus’, maar een mens die zorg nodig heeft.”<sup>36</sup> Hierin wordt het specifieke van de zorgethische relatie duidelijk, de persoonlijke betrokkenheid uit zich in verantwoordelijkheid nemen.

Daarnaast is er de praktische en juridische verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie heeft de verantwoordelijkheid voor het organiseren en voorbereiden van zorg, de middelen (materieel/financieel), goed werkklimaat, en het aantrekken van genoeg bekwaam personeel.<sup>37</sup> De zorgethische theorie benadert verantwoordelijkheid contextueel, waarbij de verantwoordelijkheid van de organisatie niet los staat van maatschappelijke en politieke factoren die inwerken op het kunnen bieden van goede zorg.<sup>38</sup> Dit wordt verder besproken onder fase vijf. Binnen dit masteronderzoek is het op elkaar inwerken van verantwoordelijkheid belangrijk voor de vraag wat precies de verantwoordelijkheid is van zorgverlener en zorgorganisatie wanneer er sprake is van morele stress.

Het derde aspect van goede zorg is ‘*zorgen*’, het concrete zorgen, met de waarde ‘*competentie*’. In direct contact met de zorgontvanger wordt het fysieke werk van het ‘zorgen voor’ uitgevoerd. Om passende zorg aan de zorgontvanger te geven is het nodig dat de zorgverlener competent en bekwaam is en over actuele vaktechnische en relationele vaardigheden beschikt.

Door de aandacht voor competentie als morele waarde wordt duidelijk dat er onderscheid gemaakt wordt tussen zorg verlenen in de privésfeer, waar meestal geen

---

<sup>33</sup> ibid. 131.

<sup>34</sup> ibid. 131-133.

<sup>35</sup> Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen.*, 63.

<sup>36</sup> ibid. 100.

<sup>37</sup> Tronto, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic Care.* 106.

<sup>38</sup> Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen.*, 102.

vaktechnische kennis nodig is, en zorgen in het publieke domein.<sup>39</sup> Het gaat niet alleen om de goede bedoeling, zorg verlenen is een vak en vaardigheid. Tronto en Van Nistelrooij wijzen beiden op het belang van leren en bijhouden van competenties van de zorgverlener wil zij moreel goede zorg verlenen.<sup>40</sup> Bovendien zien beide auteurs zorgverleners hiermee als professional met een gelijkwaardige stem binnen het geheel van het zorgproces.

Het vierde aspect van goede zorg omvat het ontvangen van de zorg door de zorgontvanger, *'reageren op de zorg'* met de waarde *'responsiviteit'*. Wat goede zorg is kan alleen bepaald worden met het 'antwoord' van de zorgontvanger. Deze actieve rol bestaat eruit dat de zorgontvanger het zorgaanbod beantwoordt. Een antwoord kan verbaal en non-verbaal gegeven worden door een bewoner en maakt duidelijk of de zorg goed afgestemd is op de zorgbehoefte. Het kunnen waarnemen van non-verbale antwoorden (nodig bij mensen met – vergevorderde- dementie) vraagt aandacht van de zorgverlener. Met deze vierde fase wordt ook de kern van het relationele mensbeeld geraakt. De kwetsbaarheid en afhankelijk die in de zorgethische visie centraal staan, worden hier duidelijk gemaakt. De zorgverlener is zich bewust van de asymmetrische verhouding die er onvermijdelijk is. Door het antwoord van de cliënt kan de zorgverlener zich ook gewaardeerd voelen en gemotiveerd zijn om te willen zorgen.<sup>41</sup> Het zien van ontspanning van de cliënt bij de ADL, een dankjewel of glimlach krijgen bij het verlaten van de kamer; het zijn vaak de relationele momenten die de zorgverlener motiveert voor het vak.

Als vijfde aspect van goede zorg is *'zorgen met'* toegevoegd met de waarde *'solidariteit'*. Deze fase plaatst de concrete zorgpraktijk, de vier fasen, in het breder perspectief van een organisatorische en maatschappelijke context. De verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie speelt zich af binnen die maatschappelijke context en deze context heeft invloed op de zorgpraktijk. Bezuinigingen vanuit politiek beleid hebben invloed op de beschikbare middelen binnen een zorgorganisatie. Zorgethiek kijkt daarmee altijd breder, naar alle factoren die op het zorgproces inwerken.<sup>42</sup> Tronto beschrijft dit als zorgpraktijken die elkaar omvatten, als *"nested within one another"*.<sup>43</sup> Het gaat haar om zien hoe een serie van zorgpraktijken wederzijds op elkaar inwerken. Het kenmerk van goede zorg binnen zorgethiek is contextueel en in samenhang kijken naar hoe alle factoren op elkaar inwerken.<sup>44</sup> Dat betekent dat er in fase vijf ook gekeken wordt naar hoe verpleeghuiszorg in Nederland vanuit overheidswege geregeld is. In de bespreking van fase vijf van het zorgethisch fasemodel besteed ik daarom in paragraaf 2.3 aandacht aan goede verpleeghuiszorg dat is vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

### 2.3 Kenmerken van goede zorg in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

---

<sup>39</sup> Tronto en Van Nistelrooij besteden beide aandacht aan de positie van vrouwen in de zorg, en met name in fase drie van het concrete zorgen zelf. Vrouwen vervullen zowel privé als professioneel veel van de zorgtaken en zorgrollen. Vooral Tronto wijst hier op de ongelijke positie van vrouwen in haar boek *Caring Democracy*. Voor het onderzoek naar morele stress valt het buiten het masteronderzoek om hier recht aan te doen.

<sup>40</sup> Tronto, *Moral Boudaries*, 133-134 en Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek*, 116-119.

<sup>41</sup> Van Nistelrooij, *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen*.122-125.

<sup>42</sup> *ibid.*, 102-103.

<sup>43</sup> Tronto, *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice.*, 21.

<sup>44</sup> *Moral Boudaries: A Political Argument for an Ethic Care*.124.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat verstaan wordt onder goede zorg in het verpleeghuis, met aandacht, verantwoordelijkheid, vakbekwaamheid, welzijn, veiligheid, autonomie (van de cliënt) en compassie als kenmerken.<sup>45</sup> Het Kwaliteitskader stelt dat goede zorg is, wanneer het voldoet aan opgestelde kwaliteitsrichtlijnen voor veilige en persoonsgerichte zorg met aandacht voor fysieke, emotionele, psychische en existentiële leefgebieden. Het kader is ontstaan na een periode van stevige kritiek op de verpleeghuiszorg waarin nadruk lag op regels, protocollen en veiligheid. Persoonlijke aandacht, de zorgrelatie en aansluiten bij de cliënt staat in het nieuwe Kwaliteitskader daarom centraal als persoonsgerichte zorg.<sup>46</sup>

De verantwoordelijkheid van een verpleeghuis is in het Kwaliteitskader vastgelegd als professioneel leiderschap; het bieden van goede randvoorwaarden (o.a juridische kadering, personele samenstelling, monitoren van kwaliteit van zorg, facilitaire zaken, tegenkracht verankeren) voor cliënt en medewerker, waarover transparant gecommuniceerd wordt in een jaarlijks kwaliteitsverslag.<sup>47</sup> Naar aanleiding van de coronacrisis besteedt het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2021 extra aandacht aan het bestrijden van diverse infectieziekten.<sup>48</sup> Morele verantwoordelijkheid komt binnen het Kwaliteitskader voort uit rechten en plichten vanuit het juridisch kader, de formele verantwoordelijkheid.

In de verantwoordelijkheid van de zorgverlener wordt nadruk gelegd op het lerend opstellen als professional om binnen een team en multidisciplinair te werken aan persoonsgerichte, veilige zorg in samenspraak met de cliënt.<sup>49</sup> De beroepshouding vraagt van de zorgverlener goed luisteren en “het oppikken en goed interpreteren van non-verbale signalen behoren.”<sup>50</sup> Ook behoort het verpleeghuis maatwerk te bieden, afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en diens naaste in een eigen zorgleefplan.<sup>51</sup> De stem van de cliënt is daarmee binnen de persoonsgerichte zorg belangrijk, met centrale waarden als eigen regie en autonomie.<sup>52</sup>

In deze richtlijnen zijn aspecten van goede zorg volgens het zorgethisch model te herkennen. De morele waarden aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit zijn te herkennen in de hierboven beschreven punten uit het kwaliteitskader. Het vertrekpunt van het zorgethisch model is echter een brede politieke, feministische en ethische visie op zorgen waarbij de morele waarden samen goede zorg vormen. Het kwaliteitskader vertrekt vanuit een wettelijk kader om de kwaliteit van goede zorg te borgen, waarin een aantal kernwaarden richting geven aan wat goede persoonsgerichte zorg is.

In dit hoofdstuk is besproken welke waarden en kenmerken belangrijk zijn wil zorg goede zorg zijn. De zorgethiek als ethische theorie van Tronto stelt de wederkerige relatie tussen alle ieder mensen in een democratische samenleving centraal. Binnen het zorgethisch

---

<sup>45</sup> Het Kwaliteitskader is in 2017 ontwikkeld en in 2021 herzien door Zorginstituut Nederland als toetsingskader waarin goede verpleeghuiszorg vastgelegd is, aansluitend op de kwaliteitseisen van de Wet Langdurige Zorg. In de totstandkoming van het kader zijn koepelorganisaties als Verenso, Actiz en de Patiëntenfederatie betrokken geweest.

<sup>46</sup> Nico Van der Leer, "Zinnvolle Zorg in Het Verpleeghuis; Een Onderzoek Naar De Samenhang Tussen Zorg En Zin En De Rol Van De Geestelijk Verzorger" (Universiteit van Humanistiek 2020). 22-26.

<sup>47</sup> Zorginstituut Nederland, "Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; Samen Leren En Ontwikkelen.", 23-36.

<sup>48</sup> *ibid.*, 16-17.

<sup>49</sup> *ibid.*, 19-22.

<sup>50</sup> *ibid.*, 11.

<sup>51</sup> *ibid.*, 12.

<sup>52</sup> *ibid.*, 11-12.

fasemodel uitgewerkt door Van Nistelrooij betreft het de relatie tussen de zorgvrager en zorggever in het bijzonder. De waarden kwetsbaarheid en wederzijdse afhankelijkheid van zorgvrager en zorgverlener staan aan de basis van deze relatie. Zorgen is in de zorgethiek een morele handeling en het zorgethisch model met de bijbehorende morele waarden maakt helder welke fasen een zorgverlener moet doorlopen wil zij goede zorg leveren. Wanneer de fasen en waarden samen aanwezig zijn is er sprake van goede zorg. De zorgontvanger voelt zich gehoord en geeft aan – verbaal of non-verbaal – dat de zorgvraag goed verstaan is. Zorgen wordt bovendien contextueel benaderd, als zorgpraktijk in een bredere context van organisatie en samenleving die ook inwerkt op de zorgpraktijk. Het organisatorische kader voor goede verpleeghuiszorg is formeel en juridisch vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

### 3 | Naar een werkdefinitie van morele stress

Er is geen consensus over de definitie morele stress (*moral distress*). Sommige auteurs komen tot een definitie met meer nadruk op de psychologische ervaring van morele stress. Anderen leggen meer de nadruk op een ervaring van morele complexiteit. In dit hoofdstuk onderzoek ik welke definitie en betekenis van morele stress aansluit op de context van zorgethiek en de coronacrisis, en waarom het van belang is om morele stress te signaleren bij zorgverleners. Daartoe beargumenteer ik in paragraaf 3.1 de keuze voor het gebruik van de Nederlandse term morele stress binnen dit onderzoek als vertaling van het Engelse *moral distress*. In paragraaf 3.2 wordt de betekenis van het concept morele stress beschreven binnen het vakgebied ethiek van verpleegkunde. Hier is het meeste onderzoek verricht naar morele stress in de klinische context. Ik maak gebruik van auteurs als Jameton en Varcoe. Jameton muntte de term en definitie van morele stress in 1984, welke nog altijd het vertrekpunt is in de meeste onderzoeken. Varcoe benadert het begrip morele stress relationeel en betreft de bredere context waarin morele stress kan ontstaan. Deze paragraaf leidt tot de werkbare definitie voor morele stress voor dit onderzoek, aansluitend op zorgethiek en de coronacrisis. In paragraaf 3.3 worden de factoren van morele stress in het verpleeghuis besproken die uit onderzoek naar voren zijn gekomen. Dit zijn de klinische, organisatorische en maatschappelijke factoren die in de ouderenzorg vaak voor de ervaring van morele stress zorgen. In paragraaf 3.4 onderzoek ik welke korte en lange termijneffecten morele stress kan hebben bij de medewerker, de cliënt en organisatie. Ik bespreek waarom het van belang is de effecten van morele stress te kennen.

#### 3.1 Vertaling van de term *moral distress*

*Moral distress*<sup>53</sup> wordt als eerste beschreven door Jameton (ethicus/filosoof emeritus US Public Health) in 1984 op basis ervaringen van zijn studenten met biomedische dilemma's in het moeten uitvoeren van pijnlijke levensverlengende handelingen bij patiënten.<sup>54</sup> Binnen dit masteronderzoek gebruik ik de Nederlandse term 'morele stress' als vertaling van *moral distress* om de volgende redenen.

*Distress* ontstaat als het fysiologisch en psychologisch evenwicht bedreigd wordt of ervaart dat het bedreigd wordt door overweldigende en langdurige externe en/of interne stressoren. Stress wordt gezien als 'gezonde' stress (*eustress*), een gewone fysiologische reactie op gebeurtenissen in het leven.<sup>55</sup> Om toch te kiezen voor de term stress in plaats van *distress* volg ik Lützn en Cribb. Zij gebruiken in het Engels ook de term *moral stress* in plaats van *morel distress*. Zij geven hiervoor de volgende inhoudelijke argumenten. Het woord stress kan volgens Lützn ook een positieve component hebben, wijzend naar de positieve morele gevoeligheid en behoeden voor morele blindheid van een zorgverlener (niet meer zien van morele dimensie van zorgen). Cribb stelt dat een vorm van "*moral burden*" hoort bij de professionele rol van verpleegkundigen en gebruikt daarom de term *moral stress*

---

<sup>53</sup> Incidenteel kan men het begrip morele nood aantreffen in de literatuur, verwijzend naar morele stress. Binnen defensie wordt gesproken over *moral injury*. Zie hiervoor hoofdstuk 5.

<sup>54</sup> A. Jameton, "What Moral Distress in Nursing History Could Suggest About the Future of Health Care," *AMA J Ethics* 19, no. 6 (2017), 617.

<sup>55</sup> Fricchione Gregory, Nejad, Shamin "Resiliency and Coping," in *Oxford Textbook of Spirituality and Health Care*, ed. Mark R. Cobb (Oxford: Oxford University Press, 2012), 2.

“to indicate the routine and pervasive nature of the burden of role occupation”.<sup>56</sup>

Met het gebruik van de term morele stress binnen dit onderzoek wordt benadrukt dat werken in de zorg per definitie een moreel beladen context is en enige vorm van morele stress onvermijdelijk is. Daarbij is de aandacht voor morele gevoeligheid, waar morele stress op kan duiden, belangrijk bij het onderzoeken van morele stresservaringen. Morele stress van de zorgverlener kan wijzen op waarden die op het spel staan in de zorg voor cliënten, zoals verder wordt uitgelegd onder paragraaf 3.2.

### 3.2 Morele stress – definiëring van het concept

De definitie van Jameton is leidend geweest in het onderzoek naar morele stress en luidt; *“the psychological distress of being in a situation in which one is constrained from acting on what one knows to be right.”*<sup>57</sup> Jameton onderscheidt morele stress van morele dilemma’s; bij een dilemma is er altijd sprake van een keuze. Bij morele stress is de keuze voor de juist geachte zorghandeling gemaakt, maar kan deze niet worden uitgevoerd door externe belemmeringen.<sup>58</sup> Consensus over de definitie van morele stress is er in de decennia na deze eerste definitie niet. Lützn bijvoorbeld, stelt dat in de definitie van Jameton de nadruk meer lijkt te liggen op de psychologische reactie dan op de morele problemen in de zorgpraktijk. Zij vult de definitie van Jameton dan ook aan als *‘pogingen om klinische beslissingen te nemen, waarbij conflicterende morele principes betrokken zijn’*.<sup>59</sup> In deze paragraaf beargumenteer ik de keuze voor de definitie van morele stress van Varcoe e.a waar de nadruk ligt op morele waarden en de context waarin de morele stresservaringen ontstaan.

Varcoe e.a komen tot een relationele definitie van morele stress, waar de sociaal-politieke context onderdeel is van het definiëren van morele stress. Andere auteurs verwijzen zeker ook naar de context door het benoemen van externe factoren bij het ontstaan van morele stress. Echter, Varcoe neemt dit expliciet op in zijn definitie. Hiermee sluit de definitie aan op de zorgethiek en de coronacrisis waarbij de bredere maatschappelijke context een belangrijke rol speelt. Varcoe e.a. beschrijven morele stress niet slechts op individueel niveau, maar zien morele stress als signaal om naar de bredere contextuele factoren te kijken van een organisatie en samenleving waar morele stress ontstaat.

De neoliberale waarden domineren tegenwoordig het denken over gezondheid en zorgverlening als een individuele verantwoordelijkheid. De onderzoekers signaleren eenzelfde denken ten aanzien van morele stress; de zorgverlener zou te gevoelig zijn en morele stress wordt daarmee gezien als een individueel probleem.<sup>60</sup> Ze pleiten voor aandacht voor de relatie tussen individueel moreel handelen en bredere structurele en institutionele factoren. Morele stress is een individuele ervaring *“but also [shaped] by the multiple contexts within which the individual is operating, including the immediate interpersonal*

---

<sup>56</sup> J. McCarthy and C. Gastmans, "Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature," *Nurs Ethics* 22, no. 1 (2015). 143.

<sup>57</sup> Jameton, "What Moral Distress in Nursing History Could Suggest About the Future of Health Care." 217.

<sup>58</sup> Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda.", 637.

<sup>59</sup> Kim Lutzen, Blom Tammy, Ewalds-Kvist Beatrice, Winch Sarah, "Moral Stress, Moral Climate and Moral Sensitivity among Psychiatric Professionals," *Nursing Ethics* 17, no. 2 (2010)., 215.

<sup>60</sup> C. Varcoe et al., "Moral Distress: Tensions as Springboards for Action," *HEC Forum* 24, no. 1 (2012). 53-54.

*context, the health care environment and the wider socio-political and cultural context.*"<sup>61</sup>

Varcoe e.a hanteren de volgende definitie van morele stress; *"the experience of being seriously compromised as a moral agent in practicing in accordance with accepted professional values and standards. It is a relational experience shaped by multiple contexts, including the socio-political and cultural context of the workplace environment."*<sup>62</sup> De nadruk ligt op het professionele morele handelen van de zorgverlener dat gevormd en beïnvloed wordt door contextuele factoren. De ervaring van morele stress wordt hiermee niet psychologische geproblematiseerd op individueel niveau.

De definitie van Varcoe e.a zal als definitie van morele stress binnen dit onderzoek gebruikt worden. Vertaald naar dit masteronderzoek luidt deze als volgt: *Morele stress is de ervaring om sterk beperkt te worden in het verlenen van goede zorg. Goede zorg wordt door de moreel handelende professional vanuit persoonlijke en professionele waarden vormgegeven. De morele stresservaring komt voort uit het niet kunnen handelen naar de persoonlijke en professionele visie op zorg. Morele stress is een persoonlijke ervaring van de professional, maar vindt tegelijkertijd ook plaats in interactie met de werkomgeving en een bredere sociaal-politieke context.* Deze definitie heeft enerzijds aandacht voor de negatieve ervaring van de zorgverlener en voor de organisatorische en sociaal-politieke context. Zo kan duidelijk worden hoe de door de overheid opgelegde coronamaatregelen invloed hebben op het professionele en persoonlijke welzijn van medewerkers.

### **3.3 Potentiële factoren die kunnen leiden tot morele stress in verpleeghuiszorg**

In deze paragraaf worden de verschillende interne en externe factoren beschreven, die bij zorgverleners kunnen leiden tot morele stress.

Wilkinson bevestigt het onderzoek van Jameton dat morele stress kan ontstaan door niet het juiste te kunnen doen, maar ook door het niet-juiste wel te moeten doen in klinische situaties. Wilkinson en Corley zien bepaalde klinische factoren die morele stress kunnen geven; het zien van schade bij de patiënt (zichtbaar als lijden en pijn) of levensverlengende behandelingen zonder dat de patiënt of familie daar een keuze in heeft. Daarnaast benoemen zij de organisatorische factoren als personeelstekorten, effecten van kostenbesparingen in de zorgsector met effect op werkdruk en schaarste in middelen. Dit zijn ook de factoren uit de organisatorische en sociaal-politieke context waar Varcoe naar verwijst in zijn definitie. Wilkinson ziet daarnaast ook interne stresserende belemmeringen zoals angst om je baan te verliezen, gebrek aan vertrouwen of moed<sup>63 64</sup> Deze interne en externe aspecten geven een zorgverlener niet perse morele stress; werkdruk door personeelstekort krijgt pas een morele dimensie wanneer de zorgverlener ervaart dat het een nadelig of zelfs schadelijk effect heeft op goede zorg verlenen.<sup>65</sup>

De Veer e.a onderzochten werkgerelateerde situaties in de ouderenzorg die kunnen leiden tot morele stress onder zorgverleners. Direct zorg verlenen aan cliënten leidt eerder tot morele stress dan een staffunctie uitoefenen in de zorg. Daarbij gaat het met name om relationele situaties; situaties waarin voldaan moet worden aan wensen van familie, zelfs als

---

<sup>61</sup> ibid. 56.

<sup>62</sup> ibid. 59.

<sup>63</sup> McCarthy and Gastmans, "Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature.", 132.

<sup>64</sup> Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda." 639.

<sup>65</sup> A. de Veer, Franck, A. Struijs, A. Willems, D.L., "Determinants of Moral Distress in Daily Nursing Practice: A Cross Sectional Correlational Questionnaire Survey," *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013). 101.

dit tegen de wil van de cliënt ingaat, of situaties waar aan het beleid van de arts voldaan moet worden. Ook organisatorische aspecten komen naar voren zoals krappe personeelsbezetting waarbij de zorgsituatie als onveilig wordt ervaren. De vraag hoe de zorgverlener alle belangen van de betrokken partijen moet behartigen, wordt als moreel stresserend ervaren.

In het onderzoek van De Veer e.a viel op dat parttime werken een bepalende factor kan zijn voor meer kans op morele stress; minder ingebed zijn in de team- en organisatiestructuur geeft meer afstand tot het werkproces waardoor men beter kan zien dat er een slecht ethisch werkklimaat<sup>66</sup> is. Fulltimers hebben mogelijk meer kennis opgebouwd en een meer pragmatische benadering in ethisch lastige situaties. En ook instrumenteel leiderschap, gerichtheid op targets en taken, kan een trigger zijn voor morele stress, waar meer relatiegericht leiderschap morele stress vermindert.<sup>67</sup>

De ervaren factoren in de coronacrisis betroffen vooral de relationele kant van de zorg. Dit komt ook naar voren in een onderzoek van Dohmen e.a onder zorgverleners op twee psychogeriatrische afdelingen in Nederland, net voor en tijdens de eerste coronagolf. Zorgverleners halen veel werkplezier uit de centrale rol van welzijn en de een op een momenten met de bewoner. Zij beschrijven het belang van familie voor het welzijn van de bewoners en proberen deze relatie zo goed mogelijk te faciliteren. Door de beperkende coronamaatregelen veranderden de relaties tussen zorgverlener, bewoners en familie. Coronamaatregelen vormden externe belemmeringen in het juiste kunnen doen. Zorgverleners beschrijven situaties die aangeduid kunnen worden als bronnen van morele stress. Zij ervaren dat ze actief moesten bijdragen aan een negatieve ervaring bij bewoners door ze in isolatie op hun kamer te moeten houden bij verdenking van COVID-besmetting. De coronamaatregelen hadden een negatief effect op de relatie tussen de zorgverlener en de bewoner, doordat bewoners niet begrepen dat de zorgverleners de mondklappers moesten ophouden en dachten dat medewerkers boos op hen waren. In relatie met familie waren zorgverleners vaak de eerste contactpersoon tijdens het bezoekverbod en de boodschappers van slecht nieuws. Daarmee vingende ze vaak de frustraties van de familie op en moesten tegelijk het contact tussen bewoners en familie via beeldbellen faciliteren.<sup>68</sup> Familie niet mogen toelaten ter ondersteuning van de angstige bewoners was een stresserende ervaring.

Onderzoek bij andere disciplines, zoals bestuurders en geestelijk verzorgers die deel uit maken van de onderzoeksgroepen in het empirisch onderzoeksdeel, tonen de volgende factoren van morele stress. Het spanningsveld tussen afstand en nabijheid speelde ook onder geestelijk verzorgers een rol in het begeleiden van intramurale cliënten. Deze spanning werd als dilemma ervaren bij het willen bieden van nabijheid aan cliënten en nabij zijn rondom het overlijden van cliënten. Ook werd spanning ervaren door de angst om besmet te raken of besmetting te veroorzaken door op de locatie te werken. Geestelijk verzorgers hebben ook morele dilemma's ervaren over hun inzetbaarheid en competenties. Er werd aan hen soms

---

<sup>66</sup> Ethisch werkklimaat wordt door De Snoo-Trimpp (2020) gedefinieerd als *"Ethical climate is mainly characterized as 'shared perceptions' of values and supportive relationships among healthcare professionals and the presence of possibilities to reflect, decide and act in an ethical way."* Zie verder hoofdstuk 5.

<sup>67</sup> de Veer, "Determinants of Moral Distress in Daily Nursing Practice: A Cross Sectional Correlational Questionnaire Survey." 106-107.

<sup>68</sup> M. D. W. Dohmen et al., "Good Care During Covid-19: A Narrative Approach to Care Home Staff's Experiences of the Pandemic," *Int J Environ Res Public Health* 19, no. 4 (2022). 1-9.

gevraagd andere taken te verrichten, bv als huiskamermedewerker. De vraag is hoe je dan beschikbaar kunt zijn als geestelijk verzorger voor medewerkers en cliënten? Ook merkten zij dat er een actiemodus onder zorgverleners heerste waardoor ruimte bieden voor reflectie, bezinning of ritueel niet paste.<sup>69</sup>

In een onderzoek onder bestuurders van verpleeghuizen komt het moeten invoeren van het bezoekverbod, als verwacht, naar voren als een moreel vraagstuk.<sup>70</sup> Het moeten waarborgen van de veiligheid door bezoek buiten te houden, terwijl de kernwaarde van de organisatie 'nabijheid' is voor bewoners in hun laatste levensfase was complex.<sup>71</sup> Het bleek met de landelijke coronamaatregelen moeilijk om aan kernwaarden van de organisatie vast te houden. Daarbij werd er onzekerheid ervaren over gebrek aan kennis over het virus, steeds veranderende maatregelen en wat de juiste aanpak hierin was in de eigen organisatie. Ook over de zorg voor en ondersteuning van personeel maakten bestuurders zich zorgen. Enerzijds spreken zij over 'trots', 'voor elkaar klaar staan' en 'veerkracht' onder hun medewerkers. Anderzijds hebben ze te maken met kans op uitputting en psychische klachten onder personeel door de ongewone crisissituatie en de vraag hoe hen hierin nabijheid te kunnen bieden als afstand houden de regel is.<sup>72</sup> De morele vragen wogen zwaar en betroffen ook het grotere perspectief van zorg verlenen na de coronacrisis. De coronacrisis legde andere vraagstukken bloot over het zorgsysteem waarin doelmatig denken in de zorg botste met professionele waarden en "het type vraagstukken dat te maken heeft met ongelijkheid, onrechtvaardigheid en gezondheidsverschillen."<sup>73</sup>

Iedere zorgdiscipline kende morele spanningen voortkomend uit de coronamaatregelen en gerelateerd aan de functie en taken. Vooral bestuurders ervaren de invloed van de bredere sociaal-politieke context op hun morele handelen. In alle nu beschikbare onderzoeken is duidelijk dat er door alle disciplines morele spanning werd ervaren tussen waarden die tegenover elkaar leken te staan; veiligheid versus welzijn, afstand versus nabijheid en individu versus collectief.

### 3.4 Effecten van morele stress

De definitie van morele stress van Varcoe benadrukt de relatie tussen het individueel morele handelen en de contextuele factoren die bij morele stress een rol spelen. Onderzoek naar de effecten van morele stress laat zien dat morele stress niet alleen effect heeft op het welbevinden van de zorgverlener. Morele stress treft ook het werkklimaat van de organisatie en de kwaliteit van zorg. Corley laat in onderstaand model<sup>74</sup> zien wat de negatieve korte en lange termijn effecten zijn van niet geadresseerde morele stress op zowel de zorgverlener,

---

<sup>69</sup> Hanneke Muthert, de Kraker, Anieljah, Holsappel, Jorien, "Geestelijke Zorg in Tijden Van Corona; Verbinding Op Afstand," *TGV; Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 23, no. 98 (2020)., 27,28

<sup>70</sup> Het bezoekverbod was een van de acht thema's die men benoemde. De andere thema's zijn: Omgaan met angst, Hanteren van onzekerheid, op afstand zijn en nabij zijn, Omgaan met veranderende verhoudingen binnen de organisatie en tussen organisaties, met nieuwe regels en omgangsvormen, Balanceren tussen korte en lange termijn, Innoveren evalueren en leren, Waarden (opnieuw) wegen en tot slot zelfzorg en zelfreflectie.

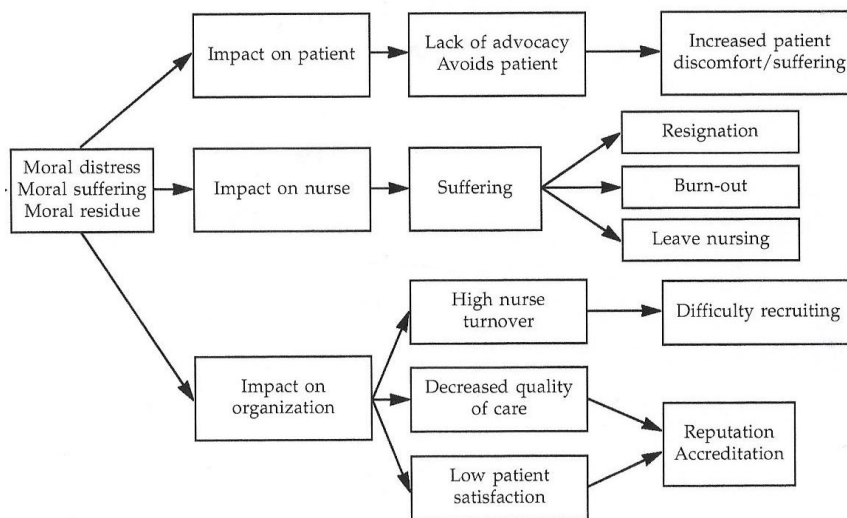
<sup>71</sup> Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, "Besturen in Een Bijzondere Tijd; Reflectie in Actie," <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/reflectie-actie/> geraadpleegd 1-7-2022.

<sup>72</sup> *ibid.*; R.J. De Koeijer-Gorissen, Wüst, H., van der Scheer, W. , "Goed Besturen in Crisistijd," (Rotterdam Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 2022)., 23-25.

<sup>73</sup> "Goed Besturen in Crisistijd." 32.

<sup>74</sup> Dit model omvat in het betreffende artikel een kolom met concepten die hier niet van toepassing is. Deze zijn voor de helderheid van dit betoog verwijderd.

cliënt en organisatie.<sup>75</sup>



*Schema 1: negatieve korte en lange termijn effecten van morele stress*

Het schema toont het volgende: wanneer morele stress niet besproken en onderkend wordt kunnen gevoelens van frustratie, boosheid en ongerustheid ontstaan en leiden tot baanontevredenheid en ziekteverzuim bij de zorgverlener. Uit onderzoek onder verpleegkundigen blijkt dat ervaren morele stress uiteindelijk kan leiden tot burn-out en het verlaten van de zorg.<sup>76</sup> Sommige onderzoeken melden een negatief effect op de morele gevoeligheid en melden passiviteit en ongevoeligheid. Zorgverleners gaan verantwoordelijkheid ontlopen en minder uren werken. Ook kan morele stress een negatief effect hebben op de zorg voor de cliënt; zorgverleners vermijden cliënten door het niet meer kunnen zien van lijden of gaan juist meer toewenden naar cliënten vanuit overbezorgdheid en schuldgevoelens. Zo krijgen sommige cliënten meer en andere minder zorg.<sup>77</sup> De impact van morele stress bij de zorgverlener heeft ook een effect op de organisatie. Morele stress bij medewerkers kan leiden tot verloop onder het personeel en moeite om nieuw personeel aan te trekken. Daarmee gaat ook kennis, ervaring en continuïteit in de zorgpraktijk verloren. Het vermijden of compenseren leidt tot verminderde kwaliteit van zorg en daarmee tot klachten van de cliënten over de ontvangen zorg.

Het welzijn van de medewerkers en cliënten en het ethisch werkklimaat staan onder druk. De drie partijen staan in bovenstaand model als gescheiden ‘stromen’ gevisualiseerd, maar werken op elkaar in, zoals de toelichting duidelijk maakt.

Lützén en Kvist wijzen tot slot op positieve kanten van morele stress, zoals ook al kort benoemd in paragraaf 3.1. Spanning over wat het goede is om te doen duidt op moreel bewustzijn en inzicht op de effecten van bepaalde keuzes. Het geeft de mogelijkheid om kritische vragen te stellen over het zorgen voor kwetsbare mensen en biedt kans tot dialoog met collega's.<sup>78</sup> Wanneer een zorgverlener morele stress ervaart en dit signaal serieus genomen wordt binnen de organisatie dan kan het leiden tot een constructief gesprek over

<sup>75</sup> Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda.", 644.

<sup>76</sup> *ibid.*, 638.

<sup>77</sup> McCarthy and Gastmans, "Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature."149.

<sup>78</sup> *ibid.*, 149.

waarden in de zorgpraktijk. Welzijn voor de medewerker en bewoner, de zorgkwaliteit als mede het werkklimaat binnen de organisatie worden hiermee bevorderd.<sup>79</sup> Het erkennen van morele stress door medewerker zelf en door de organisatie duidt op het serieus nemen van de morele gevoeligheid in het verlenen van goede zorg voor de cliënt. Met deze erkenning en dialoog voelen zorgverleners zich serieus genomen in hun professionaliteit. Zie verder ook hoofdstuk 5.

Samenvattend toont onderstaand schema de besproken stresserende factoren die kunnen zorgen voor de ervaring van morele stress, en de negatieve effecten die kunnen duiden op morele stress. Deze indeling van stresserende factoren en de effecten van morele stress bij de zorgverlener komen terug in het empirisch deel.

<b>Stresserende factor</b>	Intern	Angst om baan te verliezen Gebrek aan moed/vertrouwen
	Extern – klinisch	Zien van schade bij cliënt Levensverlengende handelingen tegen wens cliënt Beleid arts moeten volgen
	Extern - organisatorisch	Personeelstekort Instrumenteel leiderschap Parttime werken Functie in de directe zorg Zorg voor personeel (uitputting)
	Extern – sociaal-politiek	Effecten kostenbesparing zorgsector Coronabeleid Zorgbeleid overheid gericht op doelmatigheid
	Extern - coronagerelateerd	Het in isolatie moeten houden van de cliënt Verwarring bij cliënt door dragen mondklappers Emoties bij familie door bezoekverbod Angst voor besmetting/besmetting veroorzaken Bezoekverbod invoeren
<b>Effecten morele stress</b>	Zorgverlener	Burn-out/overwerkt voelen Negatieve emoties Zorg verlaten Baanontevredenheid Compenseren
	Cliënt	Minder zorg Vermindering kwaliteit van zorg
	Organisatie	Uitstroom personeel Verlies van kennis en ervaring Vermindering kwaliteit van zorg -klachten

Als werkdefinitie van morele stress is gekozen voor de relationele definitie van Varcoe e.a. Deze definitie heeft aandacht de zorgverlener als moreel handelende professional. Daarbij wordt ook gekeken naar de werkomgeving en sociaal-politieke context waarin de zorgpraktijk plaatsheeft. De bredere context heeft grote invloed op het verlenen van zorg tijdens de coronacrisis door de vanuit overheidswege opgelegde coronamaatregelen.

<sup>79</sup> Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda.", 641.

## 4 | Stressoren en copingstrategieën

Onderzoek wijst uit dat bepaalde factoren vaker moreel stressvol zijn en leiden tot morele stress, zoals duidelijk werd in hoofdstuk 3.3. Toch ervaart niet iedere zorgverlener dezelfde situatie als stressvol en zal daarom niet iedere beschreven situatie tot een morele stresservaring leiden. Het in kaart brengen hoe mensen omgaan met stress geeft inzicht in wat mensen zelf (kunnen) doen in het reguleren van de negatieve stresservaring en waar aanvullende ondersteuning nodig is. In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe individuele verschillen ontstaan in het ervaren van stress en welke copingstrategieën onderscheiden worden in het omgaan met stress. Het onderzoek naar coping zal leiden tot een overzicht van copingstrategieën die wordt gebruikt in het empirisch gedeelte van dit onderzoek.

Met de transactionele procestheorie van Lazarus & Folkman, een van de eerste theorieën over stress en coping waarop decennia van onderzoek gebaseerd is, wordt in paragraaf 4.1 beschreven wat stressoren zijn. In het omgaan met stressoren zullen mensen bewuste en onbewuste strategieën, coping, inzetten. In paragraaf 4.2 wordt het begrip coping nader toegelicht en de wijze waarop onderzoekers strategieën structureren in categorieën. Hiervoor maak ik gebruik van de auteur Skinner, professor psychologie en researcher naar coping. Daarmee kom ik tot de keuze voor een indelingsstructuur van copingstrategieën voor het empirische onderzoeksdeel. In Paragraaf 4.3 beschrijf ik de drie categorieën van coping uit de procestheorie van Lazarus & Folkman en Folkman, te weten probleemgerichte -, emotiegerichte- en betekenisgerichte coping. Met de auteur Pargament, professor in de godsdienstpsychologie, besteed ik kort aandacht aan hoe spiritualiteit en levensbeschouwing als vorm van betekenisgerichte coping herkend wordt in het omgaan met stressoren.

### 4.1 Wat zijn stressoren

In paragraaf 3.3 zijn veel voorkomende klinische, organisatorische en maatschappelijke factoren besproken die moreel stresserend kunnen zijn. Toch is dezelfde situatie niet voor iedere zorgverlener stresserend. Lazarus & Folkman beschrijven vanuit de psychologie welke cognitieve processen een rol spelen bij stress en het inschatten van de situatie als stressvol.<sup>80</sup>

Of een lastige situatie stress geeft heeft te maken met de eigen inschatting van de situatie. Lazarus & Folkman kennen in hun theorie over stress een centrale rol toe aan de cognitieve taxatieprocessen (*appraisal*). *Appraisal* betekent hoe iemand de concrete situatie inschat als al dan niet bedreigend voor het eigen welzijn en inschatting de situatie aan te kunnen op basis van eigen reserves. De eigen reserves betreffen mentale, emotionele, lichamelijke reserves en sociale, materiële of spirituele reserves.<sup>81</sup> Stressoren zijn dan die gebeurtenissen die door de zorgverlener als stressvol beoordeeld worden. Niet de gebeurtenis zelf is de stressor, maar wat de gebeurtenis voor iemand betekent, namelijk een dreiging voor het eigen welzijn waarbij de persoon inschat dat de eigen reserves niet toereikend zijn.

Er worden drie cognitieve taxatieprocessen onderscheiden, de primaire, secundaire

---

<sup>80</sup> De theorie van Lazarus en Folkman, gericht op aspecten van psychologische stress, bestaat naast fysiologische en biologische theorieën over fysieke stress door o.a Selye, grondlegger van het begrip stress in het medisch domein. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915631/> - geraadpleegd 20-5-2022.

<sup>81</sup> Richard Lazarus, Folkman, Susan, *Stress, Appraisal, and Coping* (New York Springer Publishing Company, 1984). 19.

en tertiaire taxatie. Deze zijn niet hiërarchisch of lineair, maar werken op elkaar in. De primaire taxatie bestaat uit de inschatting ‘ben ik in gevaar in deze situatie?’ De taxatie is afhankelijk van de concrete situatie en van persoonlijke waarden, doelen en overtuigingen.<sup>82</sup> Daaruit volgt de inschatting van de situatie als niet relevant, goedaardig of stressvol voor het eigen welzijn. Lazarus en Folkman onderscheiden drie soorten stressvol. Stress door ‘schade of verlies’, bv. een ongeneeslijke ziekte, verlies van een dierbare, welzijn van zelf of cliënt dat in gevaar is. Een ‘dreiging’ kan stressvol zijn, bij verlies of schade in de toekomst. En de inschatting kan zijn dat iets een ‘uitdaging’ is, een toekomstige gebeurtenis die leuk en spannend is, bijvoorbeeld een nieuw huis. Een dreiging zal negatieve gevoelens van stress oproepen, terwijl een uitdaging een combinatie van positieve en negatieve stressgevoelens kan oproepen.<sup>83</sup>

Zoals in paragraaf 3.1 beschreven is er verschil tussen gewone stress (eustress), horend bij het dagelijks leven en *distress*, langdurige stress. Gewone stress zet een automatisch aanpassingsproces in werking vanuit het stress response systeem (o.a vanuit het centraal zenuwstelsel). Hiermee wordt de homeostasis behouden, het dynamisch evenwicht van het biologisch en fysiologische systeem.<sup>84</sup> Stress en vooral *distress* kan o.a een negatief effect hebben op de vitale lichaamsfuncties. Bij *distress* komt de homeostasis in gevaar door de aanhoudende ervaring van stressoren. Stressregulatie is dus van groot belang voor menselijk welzijn en gezondheid.<sup>85</sup>

Als de situatie getaxeerd wordt als stressor zal iemand proberen de stress te verlagen of op te heffen. Dit wordt gedaan door het secundaire taxatieproces. Lazarus beschrijft dit als een complex evaluerend proces waarin iemand inschat welke handelingsmogelijkheden (coping) er zijn op basis van de situatie en de eigen reserves, en of deze effectief zullen zijn in deze stresserende situatie.<sup>86</sup> Stel dat iemand een ernstig ongeluk krijgt (taxatie: schade eigen welzijn). Zij zal bv. praktische oplossingen bedenken om in huis de dagelijkse dingen te doen, hulp vragen, haar verhaal doen bij vrienden en doktersadvies opvolgen voor herstel. Verschillende emotionele, cognitieve en praktische handelingen in het omgaan met de stressor. En verschillende reserves worden ingezet; cognitieve in het oplossingsgericht denken, emotionele in het praten over de situatie, sociale in het steun zoeken in haar netwerk. Wanneer iemand geen netwerk heeft (sociale reserve) kan de situatie als meer stresserend ingeschat worden.

Met het evalueren na coping, de tertiaire taxatie, wordt ingeschat of het copingsgedrag het gewenste effect had, namelijk geen of verminderde stress, oftewel ‘werkte het’.<sup>87</sup>

Morele stress ontstaat wanneer de handelingsmogelijkheden (coping) worden belemmerd door interne en externe factoren, zoals beschreven in hoofdstuk 3. De ervaren stress door de stressor kan dan niet worden gereguleerd of ‘opgelost’ met coping. Hierin komen waarden (benoemd in zorgethisch fasemodel) in het geding. Dat betekent dat er langdurige stress (*distress*) kan ontstaan bij de zorgverlener. Bijvoorbeeld; een cliënt ontsnapt meerdere keren per dag van de gesloten afdeling vanuit behoefte naar autonomie en beweging. De

---

<sup>82</sup> S. Folkman, "Stress, Coping, and Hope," *Psychooncology* 19, no. 9 (2010), 902.

<sup>83</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping*, 32-35.

<sup>84</sup> Definitie Homeostasis: bron <https://www.britannica.com/science/homeostasis>, geraadpleegd 29-6-2022.

<sup>85</sup> Gregory, "Resiliency and Coping.", 2-3.

<sup>86</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping*, 35.

<sup>87</sup> Erica Frydenberg, *Coping and the Challenge of Resilience* (London, United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2017), 34.

verzorgende ziet (vanuit waarde aandacht) het lijden van de cliënt (stressor) en zoekt het gesprek over andere mogelijkheden (coping met stress). De vrijheidsbeperkende maatregelen en praktische bezwaren maken andere opties onmogelijk. De cliënt blijft op de afdeling onrustig gedrag vertonen en de verzorgende kan de stress door het zien van het lijden van de cliënt niet ‘oplossen’. Het gedrag en de cognitieve processen die ingezet worden in het omgaan met de stressor worden copingstrategieën genoemd. Dit wordt verder uitgewerkt in de volgende paragrafen.

#### 4.2 Coping en indeling van copingstrategieën binnen empirisch onderzoek

Coping is het gedrag waarmee mensen omgaan met een als stressvol ingeschatte situatie (stressor), die als bedreigend voor het eigen welzijn (of welzijn van de ander) wordt beoordeeld.<sup>88</sup> Gedrag verwijst hier naar een complex aan gedrag, cognitie en waarnemingen die iemand inzet om de negatieve stresservaring te reguleren. Sinds de jaren '90 wordt ook het concept veerkracht in onderzoek naar coping betrokken onder invloed van de positieve psychologie. Er is meer aandacht voor hoe men omgaat met eigen kracht en potentieel bij tegenslag in plaats van omgaan met stress. In eerste instantie betrof het veerkracht van gemeenschappen (bv na een ramp) en organisaties. Later is de term ook in verband gebracht met individuele aanpassingsprocessen.<sup>89</sup> Een veerkrachtige respons op stress wordt geassocieerd met snel herstel, doelgericht blijven bij tegenslag en groei door tegenslag. Veerkracht wordt afwisselend als aanpassingsproces op stress gedefinieerd en als resultaat van succesvolle aanpassing aan tegenslag.<sup>90</sup> Veerkracht is bijvoorbeeld benoemd als opvallende factor in de verpleeghuiszorgsector in de coronacrisis; het werd herkend in de creatieve manier waarop zorgverleners en zorgorganisaties zijn omgaan met de stressoren die bijvoorbeeld het bezoekverbod opriepen.<sup>91</sup> Ik verwijs hiervoor naar de foto op het voorblad.

In het onderzoek naar coping is weinig consensus over de indeling in categorieën van copingstrategieën en meetinstrumenten voor onderzoeken van coping. Skinner e.a komen tot 400 verschillende manieren van coping, zoals “*planful problem solving, cognitive distraction, blame self, seeking spiritual support of physical exercise.*”<sup>92</sup> Coderen en structuren van copinggedrag is hiermee lastig in kwalitatief onderzoek.<sup>93</sup> Deze veelheid heeft te maken met de complexiteit van coping; het verwijst naar gedrag, cognitie en waarnemingen die op elkaar inwerken. Bovendien is coping vaak persoonlijk en situatiespecifiek. Als voorbeeld noemt Skinner; “ik draag mijn gelukssokken op de dag van de operatie”<sup>94</sup>, waarmee iemand stressgevoelens reguleert.

Skinner onderscheidt drie veelvoorkomende hoogste analysecategorieën: probleemgericht versus emotiegericht (later uitgebreid met betekenisgerichte coping),

---

<sup>88</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping*, 141.

<sup>89</sup> Alex J. Zautra and John W. Reich, "Resilience: The Meanings, Methods, and Measures of a Fundamental Characteristic of Human Adaptation," in *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, ed. Susan Folkman (Oxford: Oxford University Press, 2012), 3-4.

<sup>90</sup> *ibid.*, 3-4.

<sup>91</sup> Dijsselbloem, "Aanpak Coronacrisis.", 194-202.

<sup>92</sup> E. A. Skinner et al., "Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping," *Psychol Bull* 129, no. 2 (2003), 224.

<sup>93</sup> *ibid.*, 217.

<sup>94</sup> *ibid.*, 217.

toewenden versus vermijden (van de stressor), en primaire en secundaire controle coping. Probleem- en emotiegerichte coping is de indeling waarbij de copingfuncties<sup>95</sup> beschreven wordt; het oplossen van een probleem of het reguleren van emoties. Deze indeling is ontwikkeld door Lazarus & Folkman (zie ook paragraaf 4.3). Toewenden naar versus vermijden van de stressor is een van de oudste indelingen van copingstrategieën, ook als verbinden versus distantiëren beschreven.<sup>96</sup> Bij primaire en secundaire controle coping gaat het om gedrag gericht op het beïnvloeden van de gebeurtenis (primair) en het maximaliseren van de eigen geschiktheid ten opzichte van de gebeurtenis (secundair).<sup>97</sup>

Op de drie indelingen is ook kritiek; een heldere afbakening van de categorieën ontbreekt, categorieën zijn niet wederzijds uitsluitend en het is niet duidelijk welke lagere categorieën onder de hoofdcategorieën geschaard kunnen worden.<sup>98</sup> Skinner e.a komen op basis van analyse en kritiekpunten tot een eigen hiërarchische structuur om copingstrategieën in te delen in twaalf familie categorieën met meerdere subcategorieën.<sup>99</sup> Deze indeling vraagt gedetailleerd onderzoek voor gebruik en reikt voor het doel van dit masteronderzoek te ver.

Voor dit onderzoek wordt de driedeling gebruikt die is samengesteld uit de twee vormen van copingstrategieën van Lazarus & Folkman; probleemgerichte -, emotiegerichte coping. De derde categorie, betekenisgerichte coping, heeft Folkman later toegevoegd en wordt aangevuld met onderzoek van Park en Pargament.

#### 4.3 Probleemgerichte -, emotiegerichte- en betekenisgerichte coping

In de definitie van coping van Lazarus & Folkman staan drie kernbegrippen centraal; de transactie tussen het individu en de omgeving, en de inschattingsprocessen. Deze aspecten vormen een dynamisch proces van interpreteren en herinterpreteren van de relatie tussen de persoon en de omgeving en de eigen bronnen om met stress om te gaan.<sup>100</sup> Lazarus & Folkman maken onderscheid tussen twee vormen van coping, een probleemgerichte vorm van coping en een emotiegerichte vorm van coping waarin de negatieve emotionele reactie op de externe situatie wordt gereguleerd.<sup>101</sup> Bij probleemgerichte coping zal de persoon het probleem in kaart brengen om oplossingen of alternatieven te vinden voor de stress die de situatie geeft. De probleemgerichte strategieën richten zich op externe omstandigheden, zoals druk vanuit de omgeving, protocollen of belemmeringen. Probleemgerichte copingstrategieën zijn afhankelijk van het werkveld en functie; een zorgverlener ervaart andere stressoren in het werk dan de zorgbestuurder en zal andere probleemgerichte copingstrategieën inzetten om een probleem op te lossen.<sup>102</sup> Er is een correlatie tussen actieve coping, zoals probleemgerichte coping, en het ervaren van meer controle over de

---

<sup>95</sup> Een functie is iets anders dan het uitkomst van de coping; een strategie heeft een functie, bv vermijden. De uitkomst heeft niet perse vermindering te zijn. (Lazarus, 149)

<sup>96</sup> Skinner et al., "Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping.", 225.

<sup>97</sup> *ibid.*, 225.

<sup>98</sup> *ibid.*, 227-229.

<sup>99</sup> Zie voor schema: *ibid.*, 239.

<sup>100</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping*, 35.

<sup>101</sup> *ibid.*, 179.

<sup>102</sup> *ibid.*, 153.

situatie, dat vervolgens tot groter psychologisch welbevinden leidt.<sup>103</sup>

Emotiegerichte coping ontstaat als de taxatie is dat er niets meer aan de situatie veranderd kan worden, er valt niets op te lossen. Het gaat om cognitieve processen die de negatieve emoties door ervaren stress reguleren, bijvoorbeeld door een vorm van selectieve aandacht of vermijden, zich distantiëren, maar ook emotionele steun zoeken. Met emotiegerichte coping wordt geprobeerd om hoop en optimisme te behouden in de stressvolle situatie.<sup>104</sup> Voorbeelden zijn delen van de ervaring met directe collega's of acceptatie dat de situatie pijnlijk is.

Folkman voegt op basis van later onderzoek een derde vorm van coping toe, betekenisgerichte coping. Deze vorm wordt herkend bij mensen in intensieve stressvolle situaties door overlijden van naasten, intensief zorg verlenen of bij terminale kankerpatiënten. Situaties waarin men weinig controle heeft, zoals bij verlies en dreiging. Bij betekenisgerichte coping kent iemand betekenis of bedoeling toe aan de stressor. Stressoren bleken ook positieve emoties op te roepen, verweven met negatieve emoties. De positieve emoties helpen om een getaxeerde dreiging om te vormen tot een uitdaging.<sup>105</sup> Als voorbeeld: zorg voor een terminaal zieke partner kan als stressor ingeschat worden. De positieve emoties zijn bijvoorbeeld het ervaren van meer verbinding met de partner gedurende de terminale fase, en kunnen de ervaring van dreiging tot een ervaring van uitdaging transformeren, als vorm van coping. De stressor krijgt de betekenis van verdieping van de band met de partner.

Betekenisgerichte coping definieert Park als de intra-psychische pogingen om de discrepantie te verminderen tussen twee niveaus van betekenis; het situationele en algemene niveau van betekenis. Het situationele niveau omvat de betekenis van de stressvolle situatie en het algemene niveau omvat de persoonlijke waarden en overtuigingen inclusief ultieme waarden van het leven. Bijvoorbeeld; de diagnose terminale kanker (situationele betekenis – ernstige ziekte met slechte afloop, afscheid moeten nemen van het leven en naasten) kan botsen met de waarde van altijd een gezonde levensstijl nagestreefd hebben (waarde als actief zijn, gezond oud worden, maakbaarheid). Deze discrepantie (verlies of dreiging) levert *distress* op die aanzet tot coping, waarbij betekenis geven (*meaning*) meestal onderdeel is van de copingstrategie. Bijvoorbeeld door herwaarderen van de situatie (de stressor), mogelijkheid zien van groei door het verlies, de eigen identiteit herdefiniëren, vergelijken met anderen in slechtere omstandigheden of het herzien van doelen.<sup>106</sup>

Vanuit het algemene niveau van betekenis met de ultieme levenswaarden kan iemand spirituele coping inzetten. Spirituele coping, als specifieke vorm van betekenisgerichte coping, is lang buiten beeld gebleven binnen de psychologie en onderzoek naar coping. Pargament is hierin een van de pioniers. Vooral bij trauma, verlieservaringen, rampen of ingrijpende contingente ervaringen vormen spiritualiteit en levensbeschouwing<sup>107</sup> een

---

<sup>103</sup> Maria T.M. Dijkstra, Homan, Astrid C., "Engaging in Rather Than Disengaging from Stress: Effective Coping and Perceived Control," *Frontiers in Psychology* 7, no. september 2016 (2016)., 3.

<sup>104</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping*, 150-152.

<sup>105</sup> Folkman, "Stress, Coping, and Hope." 902.

<sup>106</sup> Crystal L. Park, "Meaning, Coping, and Health and Well-Being," in *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, ed. Susan Folkman (Oxford: Oxford University Press, 2012)., 1-5.

<sup>107</sup> Definiëring tussen en onderscheid in spiritualiteit en levensbeschouwing en religie gaat voorbij de reikwijdte en thematiek van dit onderzoek. Binnen dit onderzoek wordt uitgegaan van de consensusdefinitie van spiritualiteit van

manier van omgaan met stressoren, zeker wanneer ze tot de ultieme waarden van de persoon behoren. Afhankelijk van de levensbeschouwing kunnen ultieme waarden en overtuigingen een stressor herdefiniëren. Het besef van karma of vergankelijkheid (bij hindoes en boeddhisten) biedt een manier om de betekenis van een negatieve gebeurtenis (bv een levensbedreigende ziekte) te herdefiniëren<sup>108</sup> als aanvaarden van het lot of accepteren van de eindigheid van het leven.

Men kan de stressor vanuit spirituele overtuigingen definiëren als een door God gegeven uitdaging tot groei, verbinding met anderen, verbinding in de natuur of door middel van mediteren.<sup>109 110</sup> Een belangrijk aandachtspunt bij religie en spiritualiteit in relatie tot coping is dat spiritualiteit door de betrokkene meestal in termen van religieuze beoefening benoemd wordt en niet als copingstrategie.<sup>111</sup>

In de praktijk zijn de drie vormen van coping nooit strikt gescheiden; men taxeert de stressor en probeert de negatieve emoties te reguleren (emotiegericht), waardoor men kan zoeken naar een oplossing (probleemgericht), die gevormd wordt door de onderliggende waarden (betekenis).<sup>112</sup> Verschillende strategieën zijn dan verweven of volgen elkaar op. Vooral in situaties waar geen oplossingen zijn, kan betekenis geven uiteindelijk een rol spelen in het omgaan met stress.

Onderstaand schema brengt de besproken copingstrategieën samen voor de indeling die wordt gebruikt in het empirische gedeelte.

Categorie (3)	Definitie	Gedrag/cognitie/waarneming
<b>Probleemgericht</b> <sup>113</sup>	<i>omgaan met en veranderen van de externe situatie die stress veroorzaakt</i>	Alternatieve plannen maken
		Feiten in kaart brengen
		Verschillende oplossingen bedenken
		Alternatieven wegen op kosten/baten
		Probleem definiëren
		Nieuwe vaardigheden leren
		Aandacht op de taak richten
<b>Emotiegericht</b> <sup>114</sup>	<i>reguleren van negatieve emotionele reactie op externe situatie</i>	Schuld bij zichzelf leggen
		Emoties onderdrukken/reguleren
		Afstand nemen
		Vermijden
		Emotionele steun zoeken bij iemand
		Zichzelf geruststellend toespreken
		Accepteren
		Selectieve aandacht
		Externaliseren van de verantwoordelijkheid
		Bewustzijn dat je niets aan de situatie kunt

Puchalski (2014) en de definitie van religie van Pargament: *a search for significance in ways related to the sacred*. (2012, 3)

<sup>108</sup> Kenneth I. Pargament, "Religion and Coping: The Current State of Knowledge," in *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, ed. Susan Folkman (Oxford Oxford University Press, 2012), 17.

<sup>109</sup> Negatieve vormen van spirituele coping zijn bijvoorbeeld een straffende God ervaren, schuld ervaren, of negatieve krachten ervaren die situaties beïnvloeden.

<sup>110</sup> Pargament, "Religion and Coping: The Current State of Knowledge.", 12-13.

<sup>111</sup> *ibid.*, 17-18.

<sup>112</sup> Folkman, "Stress, Coping, and Hope." 902.

<sup>113</sup> Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping* 152-153.

<sup>114</sup> *ibid.*, 150-154.

		doen
		Relativeren of kleiner maken
<b>Betekenisgericht</b> 115 116 117	<i>betekenis en bedoeling toekennen aan de stressvolle gebeurtenis</i>	Dingen in perspectief plaatsen
		Herzien van doelen
		Herwaardenen van de situatie
		Verbanden leggen
		Herdefiniëren van de identiteit
		Reflectie op zin en betekenis van het leven
		Stressor zien als uitdaging tot groei
		Zoeken van verbinding in natuur
		Voordelen van de situatie zien
		Jezelf vergelijken met anderen die het moeilijker hebben
		Eigen identiteit herdefiniëren
		Activeren van spirituele overtuigingen en ervaringen <sup>118</sup>

*Schema 3: Indeling van coping in drie categorieën, zoals gebruikt wordt in het empirisch deel van dit onderzoek. Strategieën als genoemd in geciteerde artikelen. (Lazarus & Folkman en Folkman/Park/Pargament)*

In dit hoofdstuk is beschreven dat stressoren die gebeurtenissen zijn die door de zorgverlener als stressvol beoordeeld worden. Niet de gebeurtenis zelf is de stressor, maar wat de gebeurtenis voor iemand betekent, namelijk een dreiging voor het eigen welzijn waarbij de persoon inschat dat eigen reserves niet toereikend zijn. In het omgaan met de stressvolle ervaring past iemand copingstrategieën toe. Morele stress ontstaat doordat de handelingsmogelijkheden belemmerd worden in het kunnen reguleren van de negatieve stress ervaring. Copingstrategieën kunnen onderverdeeld worden in categorieën. Voor dit onderzoek wordt de driedeling gebruikt die is samengesteld uit de twee vormen van copingstrategieën van Lazarus & Folkman, Folkman, Pargament; probleemgerichte -, emotiegerichte coping en betekenisgerichte coping.

<sup>115</sup> Folkman, "Stress, Coping, and Hope.", 902.

<sup>116</sup> Park, "Meaning, Coping, and Health and Well-Being."

<sup>117</sup> Pargament, "Religion and Coping: The Current State of Knowledge." 12-13.

<sup>118</sup> Pargament geeft 25 voorbeelden van spirituele copingstrategieën in genoemd artikel, waarvan enkele geciteerd in lopende tekst.

## 5 | Ethische en psychosociale ondersteuning bij morele stress

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 heeft morele stress negatieve effecten op medewerker, bewoner en organisatie. Het bespreken van de ervaringen van morele stress draagt bij aan het reduceren van die negatieve effecten. De definitie van morele stress binnen dit onderzoek heeft aandacht voor de organisatorische en maatschappelijke context waarin morele stress ontstaat. Het is belangrijk dat de organisatie morele stress als signaal opvat om het morele werkklimaat in de organisatie gezond te houden. Door het faciliteren van de dialoog over het maken van morele afwegingen in het zorgproces worden zorgverleners erkent in hun professionaliteit. Deze erkenning zorgt voor welzijn en werkplezier bij werknemers en uiteindelijk tot kwaliteit van zorg voor cliënten.

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke rol de zorgorganisatie kan spelen bij het verminderen en voorkomen van morele stresservaringen. In paragraaf 5.1 geef ik weer welke aandachtspunten naar voren zijn gebracht in de onderzoeken van Corley, Varcoe en De Veer e.a (auteurs uit hoofdstuk 3) in het adresseren van morele stress. In paragraaf 5.2 wordt de meerwaarde van moreel beraad bij morele stress onderzocht voor zorgverleners en organisatie. Met het onderzoek van De Snoo-Trimpp (researcher moreel beraad) worden vaardigheden en effecten inzichtelijk gemaakt van moreel beraad op micro en meso niveau. In paragraaf 5.3 bespreek ik ondersteuningsbehoefte in ethische en psychosociale ondersteuning tijdens de coronacrisis binnen verpleeghuizen. Tot slot bespreek ik in paragraaf 5.4 de morele ondersteuning bij veteranen. Binnen defensie spreekt men van *moral injury* (morele verwonding). In dit werkveld is veel ervaring met morele verwonding door het werken in crisissituaties. Deze invalshoek, met aandacht voor de sociale context, kan mogelijk een aanvulling bieden op bekende vormen van morele ondersteuning in de zorgsector.

### 5.1 De verantwoordelijkheid van de organisatie

De definitie van morele stress binnen dit onderzoek legt nadruk op de context waarin de ervaring van morele stress bij de individuele zorgverlener ontstaat. Varcoe wijst erop dat wanneer “*a relational definition is used and context taken into account, then interventions toward lessening moral distress must address structures and systemic issues*”.<sup>119</sup> Daaruit volgt een verantwoordelijkheid van de organisatie en de sociaal-politieke context voor het zorgen voor een gezond ethisch werkklimaat voor de zorgverlener. Varcoe ondersteunt ethische ondersteuning op lokaal niveau en heeft, net als Tronto, een bredere politieke agenda; de toegankelijkheid en eerlijke verdeling van goede zorg voor iedere burger als een recht. De morele vragen waar de zorgverlener, door een tekort aan middelen of personeel (of door belemmeringen door coronamaatregelen) mee geconfronteerd wordt, zijn niet op individueel niveau op te lossen.<sup>120</sup>

Corley geeft aanbevelingen op organisatieniveau die morele stress kunnen verminderen. Wanneer een zorgverlener invloed op het eigen werk en werkomgeving ervaart is zij beter in staat om moreel lastige situaties op te lossen en is er minder kans op morele stress. En er is minder kans op morele stress als de werkrelaties met collega's, managers en artsen goed zijn, als mede de relatie met de cliënten. Zorgverleners die in organisaties

---

<sup>119</sup> Varcoe et al., "Moral Distress: Tensions as Springboards for Action.", 59.

<sup>120</sup> Ibid., 54.

werken die geen ethische ondersteuning bieden bij complexe zorg hebben eerder kans op morele stress.<sup>121</sup>

De Veer brengt in zijn onderzoek naar voren dat zorgverleners over het algemeen terughoudend zijn om morele kwesties in te brengen als dat binnen een organisatie niet gebruikelijk is. Dat pleit ervoor om het gesprek over de morele dimensie van zorg structureel te faciliteren. Daarnaast pleit hij voor een nationaal debat over werkdruk in de zorg en signaleert een gebrek aan respect en erkenning voor het vak dat dit debat niet plaatsvindt [in 2009].<sup>122</sup> Op meerdere manieren kan de organisatie hieraan bijdragen; zorgverleners meer invloed geven in het eigen werk, een werkklimaat waar dialoog plaatsvindt tussen disciplines, en het bieden van ethische ondersteuning. Een vorm van ethische ondersteuning die zowel op individueel als organisatorisch niveau bijdraagt aan ondersteuning bij morele stress en het ethisch gesprek ondersteunt is moreel beraad.

## 5.2 Ethische ondersteuning bij morele stress op micro- en mesoniveau

Moreel beraad richt zich enerzijds op hoe zorgverleners tot een moreel oordeel komen en anderzijds op hoe morele reflectie beoefend en gestimuleerd kan worden. In het onderzoek van Van der Dam over het implementeren van moreel beraad in verpleeghuizen komt naar voren dat morele stress verlicht kan worden met moreel beraad met een multidisciplinair team. Een veilige plek voor het delen van emoties en frustraties uit moreel lastige situaties biedt hier ruimte en tijd voor. Het inzicht dat niet alles op te lossen is en het gevoel van machteloosheid bespreekbaar maken werkt steunend en vermindert morele stress. Door moreel beraad in een multidisciplinaire samenstelling te doen wordt het begrip bevorderd in de verschillende perspectieven van disciplines.<sup>123</sup>

Wil moreel beraad effectief zijn is het nodig dat medewerkers regelmatig deelnemen. Het aanleren van de benodigde vaardigheden en veiligheid in de groep ontwikkelen om kwetsbare ervaringen te delen vraagt oefening en tijd. Benodigde vaardigheden bleken vaak nog onbekend bij de zorgverleners, zoals een dialoog voeren (oplossingen en meningen leren uitstellen) en het uitschrijven van een casus en hierin de morele dimensie herkennen. De initiële weerstand bij deelnemers in het onderzoek van Van der Dam – *‘hebben we reflectie echt nodig, want we hebben geen morele problemen’* – kantelt door het *doen* van moreel beraad. Wanneer men besluitvorming in lastige werksituaties bespreekt, is de achtergrond van keuzes inzichtelijk. Zorgverleners kunnen besluiten beter uitvoeren en deze gemakkelijker bespreken met (familie van) de cliënt.<sup>124</sup>

De Snoo-Trimpe e.a maken met hun onderzoek over moreel beraad inzichtelijk welke competenties getraind worden hiermee door medewerkers. Met het meetinstrument EUR-MCD 2.0 worden ‘morele competentie’, ‘moreel teamwerk’ en ‘moreel handelen’ geëvalueerd na een moreel beraad. Deze drie aspecten zijn verder onderverdeeld en omvatten open dialoog, analytische vaardigheden en morele gevoeligheid en morele besluitvorming. Het trainen van deze aspecten draagt bij aan een gezond ethisch werkklimaat. Het ethisch werkklimaat *“is mainly characterized as ‘shared perceptions’ of*

<sup>121</sup> Corley, "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda.", 647-648.

<sup>122</sup><sup>122</sup> de Veer, "Determinants of Moral Distress in Daily Nursing Practice: A Cross Sectional Correlational Questionnaire Survey.", 106-107.

<sup>123</sup> Sandra Van der Dam, Schols, Jos M.G.A., Kardol, Tinie, Molewijk, Bert C., Widdershoven, Guy A.M, Abmad, Tineke A., "The Discovery of Deliberation. From Ambiguity to Appreciation through the Learning Process of Doing Moral Case Deliberation in Dutch Elderly Care," *Social Science & Medicine* 83 (2013), 130.

<sup>124</sup> Ibid., 130.

*values and supportive relationships among healthcare professionals and the presence of possibilities to reflect, decide and act in an ethical way.*"<sup>125</sup>

Moreel beraad is ondersteunend voor de individuele zorgverlener (micro) en heeft een positief effect op het ethisch werkklimaat in het team en de organisatie (meso), wanneer de organisatie dit structureel aanbiedt. Vooral wanneer moreel beraad multidisciplinair getraind wordt, ontstaat dialoog over verschillende en elkaar aanvullende standpunten over wat goede zorg is. Ook maken zorgverleners gebruik van elkaars kennis en ervaring in het maken van morele afwegingen.

### 5.3 Ethische en psychosociale ondersteuning tijdens de coronapandemie

De beperkende coronamaatregelen dwongen tot het ontwikkelen van andere vormen van ethische en psychosociale ondersteuning om aan te sluiten op de actuele crisissituatie. Over de eerste coronaperiode is inmiddels onderzoek gedaan naar hoe ondersteuning is geboden aan zorgverleners. Het onderzoek 'Monitor Gezond Werken 2020 tijdens de COVID-29 uitbraak'<sup>126</sup> laat zien dat er vooral psychologische ondersteuning werd aangeboden aan verpleeghuismedewerkers (50%). Verder is er veel teamcoaching geboden (27%) en relatief weinig *peer-support* (6% tegen 25% in ziekenhuizen).<sup>127</sup> De respondenten gaven aan dat de behoefte vooral was om over de situatie en ervaringen te kunnen praten met directe collega's, in het team of met de leidinggevende.<sup>128</sup> Het aanbod van teamcoaching en psychologische ondersteuning sloot niet aan op de behoefte aan *peer-support*.

Onderzoek door Bruggeman e.a (Kenniscentrum Impact van Rampen en Crises) naar behoeften aan ethische en psychosociale ondersteuning onder zorgverleners in de coronacrisis bevestigt dit. Veel morele problemen werden in teams opgelost en pas daarna is behoefte aan andere vormen van ethische en psychosociale ondersteuning. Bruggeman brengt deze ondersteuningsbehoeften in kaart met een kringmodel om de medewerker; de eerste behoefte is steun in de eerste kring van directe collega's, familie en lotgenoten. De tweede kring omvat steun van de geestelijke verzorging, leidinggevende en georganiseerde collegiale ondersteuning. De derde kring omvat maatschappelijk werk en eerstelijns artsen. Tot slot is er behoefte aan ondersteuning door psycholoog of psychiater (gespecialiseerde GGZ).<sup>129</sup>

Alternatieve laagdrempelige vormen van ethische en psychosociale ondersteuning die in een behoefte voorzagen waren; een wandeling met iemand van HR, de geestelijk verzorger of gespreksleider moreel beraad, dagelijkse intervisie met de leidinggevende of psychosociaal werker of een vorm van dagafsluiting werd ervaren als ondersteuning in de coronacrisis.<sup>130</sup> Concluderend stellen Bruggeman e.a dat ondersteuning vooral gericht moet zijn op versterken van de binnenste kring door het 'normaal' maken van nabespreken van

<sup>125</sup> J.C. De Snoo-Trimpp, De Vet, H.C.W., Widdershoven, G.A.M., Molewijk, A.C., Svantesson, M., "Moral Competence, Moral Teamwork and Moral Action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-Mcd) Instrument 2.0 and Its Revision Process," *BMC Medical Ethics* 21:53 (2020),, 8.

<sup>126</sup> Het onderzoek "Monitor Gezond Werken 2020 tijdens de COVID-19 uitbraak' is gehouden onder diverse zorgverleners. 24% van de respondenten is werkzaam in de VVT. Deze cijfers worden hier besproken.

<sup>127</sup> Irene van der Fels, "Resultaten Monitor Gezond Werken 2020; Tijdens De Covid-19 Uitbraak," ed. Stichting IZZ (Utrecht Stichting IZZ en Universiteit Utrecht 2020),, 11.

<sup>128</sup> *ibid.*, 12.

<sup>129</sup> Fieke Bruggeman, te Brake, Hans, Dijkhuis, Renee, van Dijk, Moniue, Buurman, Bianca, de Pagter, Anne, "Een Hecht Team Als Steun in Tijd Van Crisis," *TVG 2* (2021). 34.

<sup>130</sup> Binnen de coronamaatregelen van anderhalve meter afstand, in tweetallen wandelen, of met maximaal 3 personen samen komen.

complexe situaties. Ook wanneer verpleegkundigen aangaven “wij hebben gekozen voor dit beroep, dat soort gesprekken heb ik niet nodig”.<sup>131</sup> Na het voeren van ondersteunende gesprekken werd het belang sterk ervaren, ook door degene die het niet nodig dachten te hebben.

In het onderzoek van Muthert e.a onder geestelijk verzorgers gaven zij aan vooral contact met anderen te zoeken om zelf ondersteuning te vinden, zoals met partner, gezin en collega-geestelijk verzorgers en collega-zorgverleners. Zij zochten minder vaak steun bij managers, vrienden, familie of een vertrouwenspersoon. Andere steunbronnen waren het onderhouden van de eigen spiritualiteit of beweging (oftewel, spirituele of betekenisgerichte coping, zie hoofdstuk 4).<sup>132</sup>

Voor staffuncties kwamen andere behoeften en aanbod naar voren. Bestuurders ondervonden ondersteuning in regio-overleggen om gezamenlijk op te trekken in bv. verdeling van beschermingsmiddelen, kennisuitwisseling en ondersteuning in morele vraagstukken.<sup>133</sup>

#### 5.4 Vormen van ondersteuning bij morele stress bij oorlogsveteranen

Bij defensie is men bekend met morele stresservaringen onder veteranen na crisisinterventies en vredesmissies onder de noemer *moral injury* (morele verwonding). In veteranenzorg is daardoor veel ervaring in de ondersteuning bij deze morele stresservaringen. Deze invalshoek kan mogelijk een aanvulling bieden op vormen van ethische ondersteuning in de zorgsector in de coronacrisissituatie. Om deze ondersteuningsvormen toe te lichten is het nodig wat meer context te geven over het concept morele verwonding.

Morele verwonding is “*een psychische beschadiging veroorzaakt door het zien, begaan of ondergaan van handelingen die diepgewortelde morele overtuigingen en verwachtingen schenden.*”<sup>134</sup> Het benoemen van de morele dimensie is belangrijk om morele verwonding te onderscheiden van PTTS of trauma.<sup>135</sup> Bij morele verwonding gaat het niet alleen om psychische schade. Er is ook erkenning nodig voor de politieke en maatschappelijke dimensie waarbinnen de morele verwonding ontstaat.<sup>136</sup> Ook wijst Molendijk op complexiteit van de ervaring van morele verwonding. Er spelen diepgewortelde morele overtuigingen en verwachtingen een rol en het persoonlijk waardestelsel, meestal niet eenduidig en samenhangend, wordt geraakt. Moreel stresserende situaties roepen bij veteranen diepe verwarring op over goed en kwaad. Goed en kwaad zijn niet eenduidig maar complex, zeker in crisissituaties.<sup>137</sup>

Hoewel een vergelijking met oorlogservaringen van veteranen mank gaat, hebben veel zorgverleners over trauma gesproken in de coronacrisis<sup>138</sup> en verwarring ervaren over

---

<sup>131</sup> Bruggeman, "Een Hecht Team Als Steun in Tijd Van Crisis.", 33.

<sup>132</sup> Muthert, "Geestelijke Zorg in Tijden Van Corona; Verbinding Op Afstand.", 28.

<sup>133</sup> De Koeijer-Gorissen, "Goed Besturen in Crisistijd.", 30.

<sup>134</sup> Tine Molendijk, "Oude En Nieuwe Rituelen Voor Moral Injury," *Religie en Samenleving* 12, no. 2/3 (2017).223.

<sup>135</sup> Er is overlap in symptomen. PTTS is een officiële diagnose in de DSM met psychische klachten als angst, slapeloosheid, depressie, nachtmerries, paniek en flashbacks. Deze psychische klachten worden ook gezien bij *moral injury*. Onderzoek door NWO NWA-onderzoeksproject, <https://projectmoralinjury.nl> geraadpleegd op 13-3-2022.

<sup>136</sup> Tine Molendijk op: Tine Molendijk, "Project Moral Injury," <https://projectmoralinjury.nl/nwa/>.

<sup>137</sup> "Oude En Nieuwe Rituelen Voor Moral Injury.", 224.

<sup>138</sup> Dijsselbloem, "Aanpak Coronacrisis." 188-190.

het moeten uitvoeren van goede en onjuiste beslissingen in een crisissituatie. Er worden dan persoonlijke overtuigingen en waarden geschaad over het zelf en de wereld. Dat betekent in de ondersteuning dat aandacht voor de betekenis van waarden cruciaal is.<sup>139</sup> Molendijk geeft de volgende aandachtspunten voor de ondersteuning bij morele verwonding; ‘woorden bieden aan de ervaring, normaliseren, niet oordelen, niet geruststellen (dwz. “je kunt er niets aan doen”) en erkennen van de ervaring’.<sup>140</sup> Naast steun van de geestelijk verzorger (in geschonden waarden) wordt er training in geestelijke gezondheid en ethiekonderwijs aangeboden.<sup>141</sup>

Door de “*can-do-mindset*”<sup>142</sup> binnen defensie, die ook herkenbaar is in de zorg, kan het gevaar bestaan dat ethiekonderwijs met een ‘no-nonsense pragmatisme’ aangepakt wordt; oplossingsgericht en voorbijgaand aan de complexiteit van conflicterende waarden. Om recht te doen aan de complexiteit van de moreel verwarrende ervaringen is het aanleren van een uitgebreider moreel vocabulaire nodig.<sup>143</sup> Ook pleit Molendijk voor het ontwikkelen van narratieven om in het reine te komen met en betekenis te geven aan de ervaringen.<sup>144</sup> Veteranen doen dat door het delen van hun verhalen met familie, vrienden, in gastlessen en op sociale media, en dit geeft erkenning. Veteranen geven aan dat het helpt “de eigen ervaring verwerken, een vorm van biechten is, dat het anderen helpt dit soort ervaringen beter te begrijpen en erkenning geeft voor uitzend gerelateerde problematiek.”<sup>145</sup> Hiermee krijgt de morele kant van de verwonding en de complexiteit van de ervaring aandacht.

Met het delen van verhalen wordt ook de sociale en maatschappelijke context betrokken in deze ‘rituelen’. Het lijkt de veteranen vooral te helpen om zich opnieuw tot zichzelf en de wereld te verhouden.<sup>146</sup>

In de zorgsector zijn ook verhalen gedeeld tijdens de coronacrisis, waarmee zorgverleners aandacht en erkenning kregen voor de ingrijpende crisissituatie in verpleeghuizen. Op de website <https://wijencorona.nl><sup>147</sup> en in enkele verpleeghuizen werden verhalen verzameld van zorgverleners (en ouderen) over de impact van de coronacrisis.<sup>148 149</sup> Zoals in de inleiding beschreven was er vooral aandacht voor de acute zorg in de eerste fase van de coronacrisis. Het delen van verhalen over de verwarrende ervaringen in het verpleeghuis gaf erkenning, zeker over de periode tijdens het bezoekverbod. Een vorm vinden om verhalen te delen op micro, meso of macroniveau kan ondersteuning bieden in het omgaan met de ingrijpende morele vragen die hebben gespeeld voor zorgverleners.

Op macroniveau, binnen de samenleving, is aandacht voor de verhalen van de coronacrisis al meerdere malen uitgesteld door de overheid. Het ‘Stilstaan bij Corona-

---

<sup>139</sup> Tine Molendijk, "Soldiers in Conflict: Moral Injury, Political Practices and Public Perceptions" (Radboud Universiteit Nijmegen, 2020), 185.

<sup>140</sup> Tine Molendijk over morele verwonding en morele stress tijdens NEON congres 4-6-2021.

<sup>141</sup> Molendijk, "Soldiers in Conflict: Moral Injury, Political Practices and Public Perceptions.", 189-190.

<sup>142</sup> *ibid.*, 188.

<sup>143</sup> *ibid.*, 185.

<sup>144</sup> *ibid.*, 186.

<sup>145</sup> Molendijk, "Oude En Nieuwe Rituelen Voor Moral Injury.", 226.

<sup>146</sup> *ibid.*, 227.

<sup>147</sup> Een initiatief van de *Leyden Academy on Vitality and Ageing* met Stichting GetOud.

<sup>148</sup> <https://wijencorona.nl/verhalen/>, geraadpleegd 20-4-2022.

<sup>149</sup> Verhalenbundel “Op slot”, verhalen van zorgverleners en vrijwilligers in coronatijd. <https://vrijwilligers.zorgcentraderbetuwe.nl/artikelen/29> Geraadpleegd 20-4-2022.

moment' zou een brede herdenking moeten worden voor hen die geraakt zijn door de coronacrisis, waaronder zorgverleners.<sup>150</sup>

In dit hoofdstuk is onderzocht welke vormen van ethische en psychosociale ondersteuning geboden kunnen worden vanuit de organisatie waarin de morele stresservaring kan ontstaan. Moreel beraad houden met een multidisciplinair team op regelmatige basis traint het kunnen herkennen van de morele dimensie in de zorgpraktijk. Of zoals Molendijk aangeeft, men ontwikkelt een groter moreel vocabulaire. Dit komt ten goede aan het ethisch werkklimaat en kan morele stress verlichten. Daarnaast is het belang van een steunend team aangetoond om morele stress te verminderen. Als vorm van ethiekondersteuning kan het vertellen en delen van ervaringsverhalen helpen om woorden te geven aan wat verward heeft, erkenning geven voor wat is doorgemaakt en daarmee dienen als belangrijke aanvulling in ethische en psychosociale ondersteuning bij morele stress.

Het theoretisch deel heeft inzicht gegeven in de verschillende factoren die een rol spelen bij morele stress. In morele stresservaring komen de volgende factoren samen; stressoren, belemmerde coping, het niet kunnen handelen naar professionele waarden en verschillende effecten van morele stress. In de volgende hoofdstukken worden de resultaten besproken uit het empirisch onderzoeksdeel. Hierin wordt in de praktijk onderzocht of deze factoren aanwezig waren in de ervaringen van zorgverleners uit een verpleeghuis en of zij morele stress hebben ervaren. Ook wordt gekeken naar de vormen van ondersteuning die geboden is bij morele stresservaringen en of deze aansloten op de behoeften.

---

<sup>150</sup> E. Kuipers, "Verzamelbrief Covid-19, 4-7-2022," ed. Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid (Den Haag Rijksoverheid 2022)., geraadpleegd 20-7-2022.

## 6 | Methodische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode, keuze van respondenten, dataverzameling en analyse verantwoord.

### 6.1 Onderzochte locatie en deelnemers

De kwalitatief, empirische casestudy is uitgevoerd onder zorgmedewerkers van een verpleeghuis in Noord-Holland. Een casestudy leent zich goed voor een kwalitatief, contextueel onderzoek om verdiepende kennis te verkrijgen over morele stress in relatie tot het nieuwe fenomeen corona.<sup>151</sup> Het verpleeghuis is een lokale zorgorganisatie met ± 167 cliënten op de afdeling somatiek, psychogeriatric, revalidatieafdeling, palliatieve unit en tijdelijk verblijf.<sup>152</sup> Het verpleeghuis heeft een week eerder het bezoekverbod (per 13-3-2020) ingevoerd dan vanuit overheidswege verplicht werd.<sup>153</sup> In de eerste fase van de coronacrisis heeft het verpleeghuis geen corona-uitbraak gekend en slechts enkele besmettingen onder personeel en bewoners. Er was daardoor geen tekort aan PBM en deze zijn gedeeld met verpleeghuizen met een uitbraak van COVID-19 in de regio.<sup>154</sup>

#### *Steekproef bij zorgmedewerkers*

Voor het verkrijgen van een gedifferentieerd inzicht in de mogelijke stressoren is met een strategische steekproef gekozen voor respondenten van verschillende disciplines van de locatie.<sup>155</sup> De geïnterviewde medewerkers waren in de eerste fase van de coronacrisis werkzaam in het verpleeghuis (inclusie criterium). Zes medewerkers (allen vrouw) uit drie categorieën zijn geïnterviewd: een verzorgende (somatic), een verpleegkundige (pg) (verzorgende/verpleegkundige), psycholoog, geestelijk verzorger (psychosociaal) en teammanager en bestuurder (management/bestuur). Leeftijd, gender, contracturen of aantal dienstjaren heeft geen rol gespeeld in de selectie van respondenten.

### 6.2 Procedure interviews

Voor het uitvoeren van dit onderzoek is vooraf toestemming verkregen bij de teammanager Behandeling & Ondersteuning (februari 2021). Zij heeft nader afgestemd met de afdeling communicatie en de bestuurder van het verpleeghuis. Er is toestemming verleend voor het uitvoeren en publiceren van het onderzoek in de database van de universiteit als anonimiteit van de organisatie en respondenten gewaarborgd is. Vijf interviews hebben plaatsgevonden in augustus 2021 en één in april 2022. Drie zorgmedewerkers zijn in eerste instantie via de geestelijke verzorging in overleg met de teammanager benaderd op basis van *convenience sampling* (vanwege vakanties en onderbezetting) in augustus 2021. Via de eerste respondenten is contact gelegd met overige respondenten. Het interview met de bestuurder

---

<sup>151</sup> Piet Verschuren, Doorewaard, Hans, *Het Ontwerpen Van Een Onderzoek* (Amsterdam Boom Uitgevers, 2016), 179-180.

<sup>152</sup> Dit betreft alleen de intramurale zorg vanuit de onderzoeksvraag naar morele stress in het verpleeghuis gedurende eerste fase van de coronacrisis. De organisatie heeft ook een extramuraal deel van huur-en koopappartementen. Medewerkers extramuraal zijn niet in het onderzoek betrokken.

<sup>153</sup> Verplicht per 20-3-2020 en in eerste instantie t/m 6-4-2020. Rijksoverheid: Ministerie van Volksgezondheid, "Rijksoverheid: Kamerbrief 19-3-2020, Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport, Betreffende "Aanscherping Bezoek Verpleeghuizen Ivm Covid-19" ". Geraadpleegd 25-2-2022

<sup>154</sup> Bestuurder Verpleeghuis Noord-Holland, interview by C. de Jong, 6-4-2022.

<sup>155</sup> Verschuren, *Het Ontwerpen Van Een Onderzoek.*, 180.

heeft als laatste plaatsgevonden in april 2022. Respondenten ontvingen vooraf achtergrondinformatie over het onderzoek en de onderzoeker per mail (bijlage 1). Bij aanvang van het interview kregen zij een korte uitleg over de inhoud van het onderzoek, tijdsduur van het interview, de voorwaarden van vertrouwelijkheid en anonimiteit. Zij hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het maken van de audio-opname van het gesprek (bijlage 2). Eén interview heeft plaatsgevonden via zoom, de overige gesprekken werden face-to-face gehouden op de locatie. Respondenten is aangeboden om na het interview contact op te nemen met de onderzoeker bij eventuele vragen, twijfels, aanvullingen of terugtrekking uit het onderzoek. Hier is geen gebruik van gemaakt. Alle interviews zijn opgenomen en als verbatim uitgewerkt. Alle genoemde namen van collega's, cliënten, familie of de zorginstelling zijn in het verbatim geanonimiseerd om vertrouwelijkheid te waarborgen voor alle betrokkenen.

### 6.3 Dataverzameling

Met semigestructureerde face-to-face-interviews is data verzameld. De vragenlijst bevatte zes vaste open vragen om hiermee het onderzoek reproduceerbaar te maken. Enerzijds is gevraagd naar de persoonlijke ervaring van stressoren en coping. Anderzijds is aandacht voor de context waarin de stressoren zich voordeden.

Topic	Vraag
Stressor (persoonlijke ervaring)	<i>Als je terugkijkt op het eerste jaar van de coronacrisis 2020; Is er een situatie geweest waaraan je nu nog terug denkt, waarin je niet hebt kunnen doen wat je voor de bewoner(s) belangrijk vond?</i>
Coping (persoonlijke 'oplossing' van stress)	<i>Wat heb je gedaan in je werk en/of privé om met stress rondom deze lastige situatie(s) en de coronapandemie om te gaan? Wat was positief in deze periode? (draagt bij aan coping)</i>
Ontvangen ondersteuning bij morele vragen/stress (context/organisatie)	<i>Hoe heb je in het team/organisatie steun ervaren in het nemen van lastige beslissingen rondom moeilijke situaties?</i>
Behoeftte ondersteuning bij morele vragen/stress (context/organisatie)	<i>Heb je hierin iets gemist?</i>
Afsluiting	<i>Heb je nog iets aan te vullen?</i>

Schema 2: gestelde vragen semigestructureerde interview, gegroepeerd op topic

Er is gekozen voor een explorerend gesprek van ± 45 minuten om de respondenten zoveel mogelijk ruimte te geven voor hun ervaringen. De vragenlijst is tot stand gekomen op basis van bovenstaand theoretisch onderzoek en gekoppeld aan de kernbegrippen van de onderzoeksvraag en analysevragen. Schema 4 toont de topics en de daarbij behorende interviewvragen. De eerste vraag naar een concrete situatie bracht het gesprek vanzelf op gang. De onderzoeker heeft met een enkele verdieplings- of verhelderingsvraag, verbaal volgen en samenvatten de ervaringen maximaal de ruimte gegeven. In de interviews is gevraagd naar een periode van 6-10 maanden ervoor. Voor sommige respondenten was het gemakkelijk om de ervaringen terug te halen, vanwege de heftige emoties die de coronacrisis teweeg bracht. Een enkele respondent moest soms meer moeite doen om ervaringen terug te halen. Er zijn door de onderzoeker zo min mogelijk theoretische begrippen gebruikt zoals coping, stressor, morele stress, tenzij de respondent deze zelf

benoemde. Hiermee is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de taal te blijven van de respondent.

Er is voor het opstellen van de vragenlijst gebruik gemaakt van de ervaring van het onderzoek van het Moreel Archief Corona (Kenniscentrum G&I)<sup>156</sup> en onderzoekservaringen tijdens het NEON congres ‘*Morele Stress, morele moed, morele veerkracht en de rol van ethiekondersteuning*’ (4-6-2021).<sup>157</sup> Alle onderzoekers gaven het belang aan van het bieden van ruimte voor het verhaal vanwege de vaak indringende ervaringen. Verder gaven onderzoekers in het NEON congres het belang aan van aandacht voor positieve aspecten in de coronacrisis, omdat deze bijdroegen aan het omgaan met stresservaringen. Met deze vraag wordt ieder interview afgesloten.

#### 6.4 Data-analyse

De transcripties van de zes interviews zijn kwalitatief geanalyseerd met het programma ATLAS.ti-22 enkel door de onderzoeker zelf. In het analyseren zijn verschillende stappen doorlopen van lezen, coderen, herlezen van de interviews en terugkoppeling naar de literatuur volgens het NCT model (*noticing things, collecting things, thinking about things*). In het proces van *noticing things* is een eerste verkenning van de data gedaan met open codering op inductieve wijze. Hiermee kan kennis en informatie verzameld worden uit de concrete praktijk. In de fase van *collecting things*, de axiale codering, ontstond een meer samenhangend beeld vanuit de data en een eerste koppeling aan de theorie. Hier werd zowel inductief en deductief gewerkt aan het ontwikkelen van een codeboek. Tot slot is er een laatste fase van *thinking about things*, waarin theorie en praktijk geïntegreerd werden. Het NCT model is circulair proces, waarin de fases op elkaar inwerken.<sup>158</sup>

Vanuit de data is de codering enerzijds op inductieve wijze ontstaan in drie ronden van open codering, axiale codering en meer geconceptualiseerd in selectieve codering naar het theoretisch kader (deductief). Het voordeel van deze werkwijze is dat er met de inductieve codering aspecten uit de praktijk naar voren kunnen komen, die mogelijk niet in de literatuur vermeld worden. De definiëring van de codes is in de axiale en selectieve ronde meer toegespitst en aangescherpt in relatie tot de theorie. Anderzijds is voor sommige codegroepen meer deductief gewerkt in het tot stand komen van de coderingen. Dit licht ik toe per codegroep. Het schema met de indeling van code en codegroepen is te zien in bijlage 4.

#### ***Inductieve werkwijze bij codering***

Bij de volgende codegroepen is gestart vanuit de inductieve werkwijze. Voor de codegroep stressoren is met de eerste interviewvraag gevraagd een situatie terug te halen waarbij de respondent het gevoel had niet te hebben gedaan wat in die situatie of voor die bewoner het goede was om te doen. De ervaring die dan volgde bij de respondenten kon in samenhang met het verhaal als stressor gedefinieerd worden. Om deze persoonlijke stressoren te coderen werd eerst inductief gewerkt. Een voorbeeld van de inductieve open codering in de eerste ronde is het citaat “*je zag sommige mensen achteruit hollen*”. Dit is in vivo gecodeerd om negatieve effecten door coronamaatregelen te benoemen bij de bewoner die als stressor

<sup>156</sup> Mira Krozer, onderzoeker en trainer bij G&I Nederland interview by C de Jong, 28-4-2021.

<sup>157</sup> Referentie naar het congres op: <https://hetneon.nl/online-congres-morele-stress/>, geraadpleegd op 31-8-2021. Lezing/workshop ‘*Morele stress op de IC ten tijde van de eerste covid-piek: ervaringen en Ethiek Support*’ door drs. Mark van Zuylen (anesthesioloog i.o.), prof. dr. Bert Molewijk (hoogleraar Ethiek Support en Kwaliteit van Zorg) en dr. Janine de Snoo (Postdoc onderzoeker Ethiek Support).

<sup>158</sup> Susanne Friese, *Qualitative Data Analysis with Atlas Ti* (Londen: Sage Publications, 2019), 108-110.

werden ervaren door de medewerker. In de tweede ronde is deze codering meer geconceptualiseerd in de axiale code “*negatieve impact sluiting op bewoner*”, omdat er meerdere aspecten vanuit de ingevoerde coronamaatregelen waren die een negatieve impact hadden op de bewoner. In de derde fase van selectieve codering is er deductief gewerkt om de axiale codes te verbinden aan kernbegrippen uit de literatuur en analysevragen. De code “*negatieve impact sluiting op bewoner*” is in deze ronde gecodeerd als *stressor* en “*achteruit gaan bewoners*” (*stressor\_klinisch\_achteruit gaan bewoners*). De code ‘*stressor*’ (de axiale codering) is in de laatste ronde van coderen meer toegespitst in verschillende facetten en daarmee groepscode geworden. Er is vanuit de theorie een verdere indeling gemaakt in klinische stressoren en een specifieke categorie over coronagerelateerde thema’s. Of een situatie als stressor gecodeerd werd, hangt af van de samenhang in het verhaal van de respondent. Respondenten vertelden over de ervaren stressor in samenhang met gerelateerde emoties in termen van ‘*heftig*’, ‘*frustrerend*’, ‘*dat was wel wat, hoor*’. De opmerking ‘*dat was wel wat, hoor*’, lijkt op het eerste oog geen emotionele uitspraak, maar is in de samenhang van het verhaal van de respondent een uitspraak waaruit bleek dat de situatie haar erg had geraakt. Verder waren sommige gebeurtenissen wel stressvol, maar werden de eigen reserves niet getaxeerd als ontoereikend. Deze situaties zijn daarmee niet als stressor gecodeerd.

Voor de codegroepen ‘*coping*’ is dezelfde procedure gevolgd van open codering, axiale codering en selectieve codering. Voor de codegroep *coping* is de driedeling gehanteerd zoals beschreven in hoofdstuk 4, emotiegerichte -, probleemgerichte -, en betekenisgerichte *coping* plus veerkracht. De opmerking “*het eruit gooien*” is in de eerste ronde in vivo gecodeerd en in de latere ronde “*emotiegericht\_emoties delen met anderen*” geworden. Naast de *coping*strategieën uit het schema vanuit de theorie (paragraaf 4.3) kwamen uit de interviews ook andere strategieën naar voren behorende tot de drie categorieën. Deze zijn in de codering toegevoegd vanuit de ervaringen van de respondenten.

Voor de codegroep ‘*ondersteuning*’ is inductief gewerkt vanuit de ervaringen van de respondenten en aansluitend geabstraheerd naar thema’s die ook in de literatuur genoemd worden. Bij de codegroep positieve effecten is alleen inductief gewerkt.

### ***Deductieve werkwijze bij codering***

Voor de volgende codegroepen is gestart vanuit de deductieve wijze. De codegroep ‘*waarden*’ ondersteunt het onderzoeken van de ervaring van morele stress. In het theoretisch onderzoek is hiervoor het zorgethisch fasemodel beschreven. De codegroep *waarden* bestaat uit de *waarden* van het fasemodel en de morele *waarden* vanuit het zorgethisch mensbeeld. In de interviews is ook de waarde vanuit de identiteit van de organisatie naar voren gekomen. Deze code “*waarde\_humaniteit*” is toegevoegd aan de codegroep *waarden* op inductieve wijze.

Voor de codegroep ‘*effecten morele stress*’ tot slot is deductief geanalyseerd op voorkomende effecten in de interviews vanuit de beschreven effecten in hoofdstuk 3. De literatuur verwijst naar emoties als boosheid, verdriet en frustratie, baanontevredenheid en compensatiegedrag als de effecten van morele stress voor de medewerker. De effecten uit het theoretisch onderzoek zijn als codes gehanteerd om de interviews te analyseren. Zo is de code “*emoties medewerker*” gecodeerd als ‘*effecten morele stress*’. In de theorie is sprake van negatieve effecten van morele stress op de zorg voor bewoners. Het zien van achteruit gaan van bewoners is echter als stressor gecodeerd, zoals hierboven al toegelicht. Het

achteruit gaan van de bewoner komt in de interviews naar voren als een effect van coronamaatregelen, en niet als effect van de morele stress van de medewerker.

Na de ronde van axiale codering werden 83 codes in 12 groepen verdeeld. Na de ronde van selectieve codering zijn codes samengevoegd en zijn in de zes interview 87 codes toegekend aan 297 citaten, verdeeld in 8 codegroepen. Zie hiervoor bijlage 4. De kleur groen verwijst naar de codes die naar voren zijn gekomen uit het onderzoek, aanvullend op de theorie.

## 7 | Onderzoekresultaten

Om morele stress te onderzoeken zijn de verschillende factoren die betrokken zijn in de ervaring van morele stress in kaart gebracht vanuit de theorie. Dit zijn de zorggerelateerde en coronagerelateerde stressoren, de professionele waarden binnen de zorgpraktijk, de contextuele factoren waarbinnen morele stress ontstaat en psychosociale en ethische ondersteuning bij morele stress. In de data-analyse onderzoek ik deze factoren in de praktijk. Aan de hand van onderstaande analysevragen wordt de inhoudsanalyse gedaan van de empirische data.

1. *Welke stressoren hebben respondenten ervaren in het zorgproces?*
2. *Welk copinggedrag benoemen zij in het omgaan met stressoren?*
3. *Hebben de stressoren geleid tot morele stress en waar blijkt dat uit?*
4. *Welke effecten van morele stress worden benoemd?*
5. *Welke vormen van ondersteuning zochten de respondenten?*
6. *Welke behoefte hebben respondenten in ondersteuning bij morele stress binnen de organisatie?*

### *1 Welke stressoren hebben respondenten ervaren in het zorgproces?*

Een stressor is gedefinieerd als een situatie die door de zorgverlener als stressvol wordt getaxeerd voor het eigen welzijn of welzijn van de bewoner, mede op basis van een inschatting van de eigen emotionele, psychische en lichamelijke reserves. Het betreft klinische en coronagerelateerde factoren die getaxeerd zijn als stressvol door de respondent. Er zijn 12 stressoren naar voren gekomen uit de zes interviews. De ervaren stressoren verschillen per onderzoeksgroep. In zijn algemeenheid valt op dat er vooral coronagerelateerde stressoren benoemd werden die in aard verschillen. Het betreft zowel de coronamaatregelen zelf (bezoekverbod, quarantaine, terminale fase, thuiswerken) als negatieve effecten van de coronamaatregelen op het welzijn van medewerker (angst voor besmetting) of bewoner (achteruitgaan, quarantaine, emoties, meer psychofarmaca). Daarbij is te zien dat de negatieve effecten van de coronamaatregelen voor de onderzoeksgroepen psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende als stressoren ervaren zijn. De klinische stressoren zijn geen stressor voor de onderzoeksgroep management/bestuurder.

De drie belangrijkste stressoren worden toegelicht. De klinische stressor ‘*achteruitgaan bewoners*’ is voor de onderzoeksgroep psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende de meest stresserende factor. Vanuit het kennen van de bewoners, de directe zorg en het contact met bewoners nemen zorgverleners cognitieve, psychische en fysieke achteruitgang waar. De stressor ‘*bezoekverbod*’ is door bestuurder en teammanager als belangrijkste stressor benoemd. Zij moesten dit besluit nemen, doorvoeren en communiceren aan de medewerkers en familie. Er was sprake van agressie richting deze onderzoeksgroep en dit correleert met de stressor ‘*emotie familie*’ bij hen.

Ter verduidelijking; sommige thema’s, zoals ‘*geen kennis over het coronavirus*’, zijn vaker genoemd, maar niet te herkennen als stressor. De respondent gaf in zo’n geval niet aan dat het ontbreken van kennis over het coronavirus stressvol was.

Onderstaande tabel laat het volgende zien; in de eerste kolom wordt de stressor genoemd, verdeeld in coronagerelateerd en klinisch. De tweede kolom geeft de definitie van de stressor weer. De derde kolom toont de onderzoeksgroep management/bestuurder, kolom vier de onderzoeksgroep psychosociale medewerkers en kolom vijf de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende. De getallen refereren naar hoe vaak de stressor benoemd is.

Stressor	Definitie	Man/best	Psych/soc	Verp/verz
klinisch_achteruit gaan bewoners	Fysieke, cognitieve en/of psychische achteruitgang waarnemen bij bewoner door bezoekverbod. <sup>[P] [SEP]</sup>	-	2	3
corona_bezoekverbod	Het invoeren van het landelijk voorgeschreven bezoekverbod voor verpleeghuizen om de kwetsbare bewoners tegen het coronavirus te beschermen. <sup>[P] [SEP]</sup>	3	-	-
corona_emotie familie	Verschillende emoties bij familie die de respondent waarneemt nav bezoekverbod en coronamaatregelen. <sup>[P] [SEP]</sup>	2	1	-
corona_angst/risico besmetting op werk	Angst om besmet te worden op het werk door geen beschermingsmiddelen of onzekerheid over werkomstandigheden.	-	2	-
corona_onzekerheid over duur coronacrisis	De onzekerheid hoe lang de coronacrisis en het bezoekverbod zouden duren gaf stress. <sup>[P] [SEP]</sup>	-	1	1
corona_quarantaine houden van bewoner	Bewoners die besmet waren of met een verdenking van besmetting werden in isolatie geplaatst in hun kamer voor een volgens richtlijnen vastgestelde termijn. <sup>[P] [SEP]</sup>	-	1	1
corona_covid unit op afdeling	Vrij plotselinge komst van een covid unit op de pg-afdeling. ( <i>situatie specifiek</i> ). <sup>[P] [SEP]</sup>	-	-	1
klinisch_emotie bewoner	Verschillende emoties van de bewoner die de respondent waarneemt nav bezoekverbod en coronamaatregelen. <sup>[P] [SEP]</sup>	-	-	2
corona_geen kennis over coronavirus	In de eerste fase van de coronacrisis in 2020 werd pas in de loop van de maanden mondjesmaat meer bekend over het COVID 19 virus, de manier van besmetten, de noodzaak van beschermingsmiddelen en de ernst van de ziekte. In eerste instantie was er geen kennis. <sup>[P] [SEP]</sup>	1	-	-
corona_terminale fase	Omstandigheden rond de terminale fase van een bewoner en het toelaten van slechts 2 bezoekers kon stressvol zijn.	-	-	1
corona_thuiswerken	Niet op de locatie mogen werken en daarmee het gevoel van contact met eigen werk te verliezen.	1	-	-
klinisch_meer psychofarmaca	Er wordt meer psychofarmaca voorgeschreven dan anders door toenemende onrust bij sommige bewoners tijdens het bezoekverbod.	-	1	-

Tabel 1: stressoren

## 2 Welk copinggedrag benoemen respondenten in het omgaan met stressoren?

Respondenten noemen meerdere copingstrategieën om met de stressoren om te gaan.

### **Probleemgerichte copingstrategieën**

Probleemgerichte coping werd meestal als eerste genoemd om de stressor op te lossen. In de onderzoeksgroep management/bestuurder valt op dat er vooral probleemgerichte coping

benoemd is, en met name *'kijken wat er wel kan'*. Zij waren verantwoordelijk om vanuit de coronamaatregelen beleid te maken dat aansluit bij de lokale situatie. Onder de verpleegkundige/verzorgende is de meest ingezette strategie *'niet aan de coronamaatregelen houden'*. Door het geven van een knuffel konden zij toch het juiste doen en aan de zorgbehoefte (nabijheid, troost) van de bewoner gehoor geven. De strategieën *'in de lijn uitzetten'*, *'kijken wat er wel kan'*, *'leidinggevende aanspreken'*, *'niet houden aan coronamaatregelen'*, *'snel schakelen'*, *'zelf oplossen'* zijn aanvullend op de theorie naar voren gekomen. Van *'kijken wat er wel kan'*, *'niet houden aan coronamaatregelen'*, *'snel schakelen'*, *'zelf oplossen'* kan aangenomen worden dat deze gerelateerd zijn aan de omstandigheden tijdens de coronacrisis. De coronamaatregelen veranderen soms snel, veel disciplines werkten vanuit huis, dus zorgmedewerkers waren genoodzaakt tot snel schakelen en zelf oplossen.

### ***Emotiegerichte copingstrategieën***

Emotiegerichte copingstrategieën worden ingezet als de taxatie van de stressvolle situatie is dat deze niet op te lossen is. Er wordt dan een strategie ingezet om de emoties te reguleren die de stressor oproept. De onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende toont de meeste emotiegerichte copingstrategieën, vooral relativeren en emoties delen met anderen. Zij waren niet in staat om situaties te veranderen, als uitvoerders van het coronabeleid. De emotiegerichte strategie *'doorgaan'*, *'een plaats geven'* en *'grenzen stellen'* zijn aanvullend op de theorie naar voren gekomen. Doorgaan en grenzen stellen kan verwijzen naar de geaccepteerde *moral burden*; een zekere mate van stress en spanning hoort bij het vak van de zorgverlener.

### ***Betekenisgerichte copingstrategieën***

Alle respondenten noemen *'verbinding met naasten'* als betekenisgerichte copingstrategie. Deze coping verschilt van de emotiegerichte copingstrategie *'emoties delen met anderen'*. Bij het *'delen van emoties met anderen'* is er sprake van het reguleren van emoties van de stressor. Bij *'verbinden met naasten'* wordt gerefereerd aan het contact en verbinding met naasten die betekenisvol zijn. Voor de strategieën waar betekenis aan de stressvolle situatie toegekend wordt zijn *'dankbaarheid ervaren'* en *'zichzelf verplaatsen in de ander'* aanvullend op de theorie gezien. De betekenisgerichte copingstrategieën komen vooral voor onder psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende voor. Deze onderzoeksgroepen hadden geen invloed op het beleid en konden daarmee minder controle uitoefenen op het veranderen van de situatie, waardoor betekenisgerichte coping wordt ingezet.

### ***Veerkracht***

Veerkracht wordt in de literatuur gezien als manier van coping en als resultaat van coping. Vier respondenten verwijzen (6x) naar veerkrachtig omgaan met tegenslag, van de bewoner, medewerker of collega. Soms benoemen ze het letterlijk als veerkracht, soms als creatief of flexibel.

### ***Positieve aspecten coronacrisis***

De laatste interviewvraag betrof ervaren positieve aspecten. Deze kunnen gezien worden als ondersteunende aspecten bij coping. Het beeldbellen is door alle respondenten positief gewaardeerd als manier om het contact tussen bewoners en familie te faciliteren. Dit contact

kon het zien van achteruitgang enigszins verzachten. De onderzoeksgroep psychosociaal waardeert het positief dat zij, als niet directe zorgdiscipline, op locatie mochten werken tijdens het bezoekverbod. De onderzoeksgroep management/bestuurder ervaart een grote bereidheid in het ‘samen doen’, door ook zelf in de zorg mee te draaien en samen snel dingen voor elkaar te krijgen. In de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende is vooral saamhorigheid in het eigen team als positief ervaren. De andere onderzoeksgroepen ervaren vooral saamhorigheid in de gehele organisatie. Alle respondenten spreken van trots op het team door intensieve samenwerking, collegiale ondersteuning en hoe dit geleid heeft tot weinig besmettingen.

Onderstaande tabellen toont de verschillende copingstrategieën en de positieve aspecten; de eerste kolom toont de code, de tweede kolom geeft de definitie van de copingstrategie weer. De derde kolom toont de onderzoeksgroep management/bestuurder, kolom vier de onderzoeksgroep psychosociale medewerkers en kolom vijf de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende. De getallen refereren naar hoe vaak een coping benoemd is.

Code probleemgerichte coping	Definitie	Man/best	psychosoc	Verp/verz
probleemgericht_kijken wat er wel kan	focus op de mogelijkheden in de moeilijke situatie in plaats van wat er niet kan. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	3	1	-
probleemgericht_niet houden aan coronaregels	door niet houden aan de coronamaatregelen toch de juiste zorg proberen te geven. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1		3
probleemgericht_kennis / feiten verzamelen	proberen de feiten te verzamelen om beslissingen te kunnen nemen. De situatie daarmee op een 'verstandige' manier in kaart brengen. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1	1	-
probleemgericht_leidinggevende aanspreken	het probleem bespreekbaar maken bij de leidinggevende.	1	-	1
probleemgericht_in de lijn uitzetten	probleem aankaarten in de lijn van de organisatiestructuur. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	1	-
probleemgericht_oplossingen zoeken	praktische oplossingen zoeken voor een ervaren probleem. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1	-	-
probleemgericht_snel schakelen	praktische manier van werken waarbij er snel en creatief gereageerd wordt op een nieuwe onverwachte situatie.	-	-	1
probleemgericht_zelf oplossen	het zelf oplossen door sterk zijn. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	-	1

Tabel 2: probleemgerichte copingstrategieën

Code emotiegerichte coping	definitie	Man/bes	Psychosoc	Verp/verz
emotiegericht_grenzen stellen	duidelijk grenzen aangeven van wat iemand aankan. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	3	-	1
emotiegericht_relativeren	houding van gebeurtenis in de juiste proportie zien. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1	-	3
emotiegericht_schuld bij zichzelf leggen	twijfel over eigen manier van handelen en de schuld bij zichzelf zoeken. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	2	1

emotiegericht_emoties delen met anderen	emoties 'eruit gooien' bij vriendinnen, emoties delen met anderen.	-	-	2
emotiegericht_doorgaan	niet teveel stilstaan bij wat er aan emoties speelt in het werken en deze niet teveel willen tonen. Zich ook groot houden. <sup>{P}</sup> <sub>{SEP}</sub>	-	-	1
emotiegericht_een plaats geven	gebeurtenis verwerken <sup>{P}</sup> <sub>{SEP}</sub>	-	-	1
emotiegericht_hart luchten bij collega	emoties delen van collega's, het 'eruit' gooien, je hart luchten. <sup>{P}</sup> <sub>{SEP}</sub>		1	-
emotiegericht_vermijden	vermijden van situaties die stress geven. <sup>{P}</sup> <sub>{SEP}</sub>	-	1	-
emotiegericht_verwerken in studieopdrachten	emotionele en aangrijpende gebeurtenissen verwerken in studieopdrachten. Hiermee kunnen reflecteren en verwerken. <sup>{P}</sup> <sub>{SEP}</sub>	-	-	1

Tabel 3: emotiegerichte copingstrategieën

Code betekenisgericht	Definitie	Man/best	psychosoc	Verp/verz
Betekenisgericht_verbinding met naasten	Verbinding ervaren met naasten als manier van omgaan met stress. Anders dan emotiegerichte coping. Hier staat de verbinding centraal, minder het kunnen delen van emoties.	1	3	1
Betekenisgericht_zichzelf verplaatsen in de ander	Betekenisgerichte manier van omgaan met stress waarbij iemand zich verplaatst in het leven van de ander, een vorm van empathie en compassie.	1	1	2
Betekenisgericht_dankbaarheid ervaren	Betekenis van de stressvolle gebeurtenis geeft een gevoel van dankbaarheid	-	-	2
Betekenisgericht_jezelf vergelijken met anderen die het moeilijker hebben.	In de stressvolle gebeurtenis beseft dat er anderen zijn die het moeilijker hebben en daarmee de situatie volhouden.	2	-	-
Betekenisgericht_spiritualiteit	Vormen van spirituele beoefening om met stress om te gaan, als yoga, meditatie.	-	1	-
Betekenisgericht_verbinding met dieren/natuur	Vormen van verbinding maken/zoeken in de natuur of met (huis)dieren om met de stress om te gaan.	-	-	1
Betekenisgericht_verbinding met het groter geheel	Verbinding met het grotere geheel (wereld/kosmos) waarmee de stressvolle gebeurtenis in een betekenisvol	-	1	-

	kader geplaatst wordt.			
--	------------------------	--	--	--

Tabel 4: betekenisgerichte copingstrategieën

Code - positieve aspecten	Definitie	Man/best	psychosoc	Verpl/verz
Trots op het team	Respondenten benoemen trots te zijn op het team, op collega's voor wat er met elkaar volbracht is tijdens de 1e fase van de coronacrisis.	2	1	2
beeldbellen	Manier van contact tussen familie en bewoners tijdens bezoekverbod. <sup>[P] [SEP]</sup>	1	1	2
Samendoen	Samendoen betreft samen werken in het team en multidisciplinair samenwerken	4	1	-
Saamhorigheid in organisatie	Door het bezoekverbod en geen externen in huis ervaren respondenten een saamhorigheid binnen de organisatie.	3	1	-
Saamhorigheid team	Respondenten geven aan sterke saamhorigheid te ervaren in het team.	-	-	3
Op locatie mogen werken	Sommige respondenten mochten ondanks dat ze geen directe zorg bieden, op locatie werken en ervaren dit als heel positief. <sup>[P] [SEP]</sup>	-	2	-
Weinig besmettingen	Het huis heeft in de eerste fase van de coronacrisis nauwelijks besmettingen gekend.	1	-	1
Rust bij bewoners	Door het bezoekverbod wordt er door medewerkers meer rust onder sommige bewoners opgemerkt.	1	1	-
Minder psychofarmaca	Er is in de eerste fase minder psychofarmaca ingezet bij bewoners in geval van onrust. <sup>[P] [SEP]</sup>	1	-	-
Buiten de kaders denken	De ongewone werkomstandigheden vroegen om creatief en out of the box denken. Respondenten waarderen dit als een positief aspect van de eerste fase.	-	1	-
Samen een crisis doormaken	Sterke band ervaren met collega's door samen een crisis doorgemaakt te hebben.	-	1	-
Portier	Het bezoekverbod leidt soms tot agressie naar personeel bij de	-	-	1

	voorkeur. Er is een portier aangesteld die bewoners, familie en medewerkers bij naam kent, en heel betrokken is. Dit werd als positief ervaren.			
Trots op organisatie	Respondenten benoemen trots over hoe de organisatie het gedaan heeft in de eerste fase van de coronacrisis.	1	-	-
Beleid organisatie	Het coronabeleid van de organisatie wordt als positief ervaren.	-	-	1

Tabel 5: positieve aspecten coronacrisis

### 3. Welke effecten van morele stress worden benoemd?

In de literatuur worden verschillende effecten van morele stress benoemd (zie hoofdstuk 3.4). Deze zijn in de data-analyse gecodeerd en samengebracht als een van de factoren horend bij de morele stresservaring. De effecten van morele stress (emoties, baanwissel overwegen, baanontevredenheid, compenseren en overwerkt voelen) kunnen ook los van morele stress, om andere redenen, voorkomen. Om te weten of er sprake is van morele stress vormt deze codegroep een van de aanvullende factoren in de analyse, maar is niet bepalend voor het vaststellen of er sprake is van morele stress.

Het valt op dat de onderzoeksgroep management/bestuurder weinig effecten van morele stress laat zien. Zij benoemen alleen emoties. Emoties kunnen echter ook los van de morele stress ervaring voorkomen. Ze zijn voor deze onderzoeksgroep niet in verband te brengen met morele stress, vanwege de afwezigheid van belemmerde coping.

In de onderzoeksgroep psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende kwamen alle vier de effecten naar voren. Drie respondenten benoemde veel frustratie, verdriet en boosheid. Er zijn meerdere emoties door dezelfde respondent benoemd, waarmee het getal van 6 emoties te zien is. Het overwerkt voelen speelde vooral een rol in de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende door het krijgen van extra taken. Vanwege het thuiswerken van ondersteunende diensten kregen zij extra taken, zoals administratieve taken en bv. van de ergotherapeut, zoals het opmeten van de rolstoel. Tabel 8 toont de effecten, hun definitie, en de aantallen per onderzoeksgroep.

Code effecten MS	definitie	Manag/best	Psychosociaal	Verpl/verz
emotie medewerker	Verschillende emoties als boosheid, gefrustreerdheid, shock, verdriet die verband hebben met de stressor. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub> <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub> <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	2	2	6
overwerkt voelen	Overbelasting ervaren in het werk door extra zorgtaken of door de veranderde werkomstandigheden door coronamaatregelen. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	1	2
compenseren	Extra hard werken om het gevoel van tekort schieten en het zien van de negatieve effecten van de coronacrisis op bewoners te compenseren. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	2	-

baanontevredenheid	Door geen gehoor vinden voor de ervaring van morele stress uitingen van ontevredenheid over de werkplek.	-	1	-
baanwissel overwegen	Door ontevredenheid over de werkplek overwegen om van baan te wisselen.	-	-	1

Tabel 8: effecten van morele stress

#### 4. Hebben de stressoren geleid tot morele stress en waar blijkt dat uit?

Morele stress ontstaat door een complex van factoren die op elkaar inwerken, zoals bleek uit de theorie. Als coping met de stressor belemmerd wordt door interne of externe factoren, kan de stress niet gereguleerd worden en kan morele stress ontstaan. De zorgverlener ervaart dat zij niet kan handelen naar persoonlijke en professionele waarden. Om te analyseren of de stressoren hebben geleid tot morele stress worden de resultaten besproken van de belemmeringen in de coping en de betrokken professionele waarden.

##### **Belemmeringen**

Er zijn drie belemmeringen naar voren gekomen in de onderzoeksgroepen psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende. “*Geen dialoog met de leidinggevende*” is het meeste benoemd in de onderzoeksgroep psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende als belemmering in coping. Het gaat om het belemmeren van probleemgerichte copingstrategieën ‘*leidinggevende aanspreken*’, ‘*kijken wat er wel kan*’ en ‘*in de lijn uitzetten*’ die te zien waren in tabel 2. Respondenten willen de stressvolle situatie die henzelf of de bewoner schade toebrengt bespreekbaar maken. Ten tweede wordt het ‘*niet kunnen bieden van maatwerk*’ door hen ervaren als een belemmering bij probleemgerichte coping. Ten derde is een van de respondenten overgeplaatst naar een andere afdeling door kritische vragen gesteld te hebben, waarmee de probleemgerichte coping belemmerd werd en de situatie niet opgelost kon worden.

In de onderzoeksgroep management/bestuurder zijn geen belemmeringen van coping gevonden. Dat betekent dat zij de stressoren hebben kunnen oplossen met de ingezette coping.

##### **Waarden**

De drie belangrijkste waarden die door deze belemmeringen in het nauw kwamen en waarin de respondenten zich sterk beperkt voelden waren de waarde aandacht (zorgethische fase 1, het opmerken van de zorgbehoefte), verantwoordelijkheid (zorgethische fase 2) en humaniteit, de identiteit van de organisatie. Men benoemt de specifieke zorgbehoeften van de bewoners, waar men verantwoordelijkheid voor wil nemen en dat niet kan doen. Door de ervaren belemmeringen wordt duidelijk hoe belangrijk de waarde humaniteit en competentie is, van waaruit niet gehandeld kan worden. Het is opvallend dat de waarde aandacht, gerelateerd aan de opmerken van de zorgbehoefte van de bewoners in eerste fase in het zorgethisch fasemodel, niet naar voren is gekomen in de onderzoeksgroep management/bestuurder. Deze waarde speelt een grote rol in het directe contact met bewoners in de zorgrelatie.

Tabel 6 en 7 tonen de codes ‘*belemmeringen*’ en ‘*waarden*’ met de aantallen per onderzoeksgroep. Kader 6 toont twee citaten over ervaren belemmeringen en belemmerde waarden.

Code belemmering	Definitie	Man/best	Psychosoc	Verpl/verz
geen dialoog leidinggevende	Bij bespreekbaar maken van een ervaren probleem geen mogelijkheid tot dialoog ervaren bij de leidinggevende.	-	2	2
geen maatwerk	Maatwerk bij coronamaatregelen afstemmen op individuele situatie van de bewoner is niet mogelijk of niet bespreekbaar.	-	4	-
overplaatsing	Na het bespreekbaar proberen te maken van een als schadelijk ingeschatte situatie voor de bewoners, overgeplaatst worden naar een andere afdeling.	-	-	1

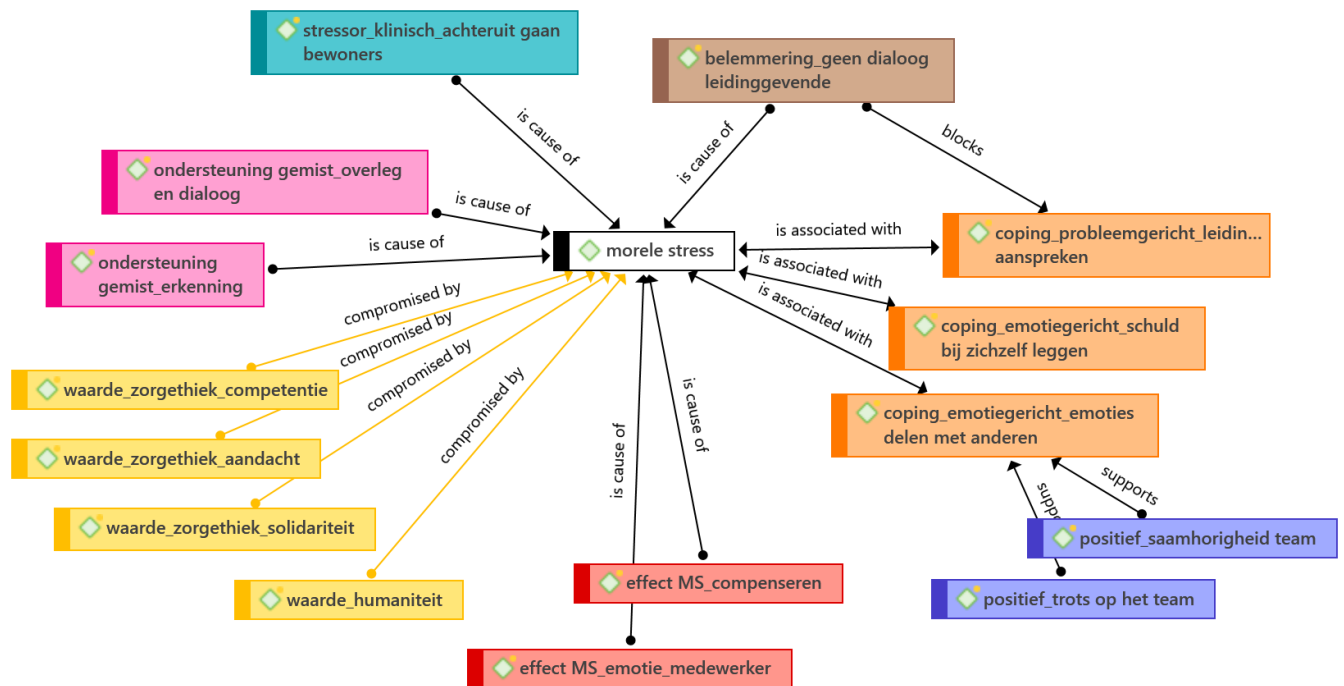
Tabel 6: externe belemmeringen voor effectieve coping

code waarden	Definitie	Man/best	Psychosoc	Verpl/verz
zorgethiek_aandacht	Zorgethische waarde uit fasemodel; fase 1 aandacht voor en opmerken van de zorgbehoefte vanuit kennen van de bewoner. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	-	-	10
zorgethiek_verantwoordelijkheid medew.	Zorgethische waarde uit het fasemodel; fase 2, de ervaren verantwoordelijkheid van de medewerker in het zorgproces.	7	3	1
waarde_humaniteit	Waarden als benoemd door respondenten van het humanisme, de identiteit van de organisatie. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	2	2	3
zorgethiek_competentie	Zorgethische waarde uit het fasemodel; fase 2, vakbekwaamheid van de medewerker om de zorg te geven.	-	4	1
zorgethiek_verantwoordelijkheid org.	Zorgethische waarde uit het fasemodel; fase 2, de verantwoordelijkheid van de organisatie. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	6	-	-
zorgethiek_solidariteit	Zorgethische waarde uit het fasemodel; waarde uit fase 5, solidariteit van organisatie en bredere context van de democratische samenleving met de dagelijkse zorgpraktijk in het verpleeghuis. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	5	-	-
zorgethiek_kwetsbaarheid	Zorgethische waarde van zorgethisch mensbeeld. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	2	-	-
zorgethiek_relatie	Zorgethische waarde van zorgethisch mensbeeld. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1	-	2
zorgethiek_responsiviteit	Zorgethische waarde uit het fasemodel; fase 4, het antwoord op de ontvangen zorg door de bewoner.	-	-	2
zorgethiek_afhankelijkheid	Zorgethische waarde van zorgethisch mensbeeld. <sup>[P]</sup> <sub>[SEP]</sub>	1	-	-

Tabel 7: morele waarden

### Factoren van morele stress

Figuur 1 toont alle factoren die betrokken zijn bij de ervaring van morele stress vanuit de morele stressor ‘achteruitgaan bewoners’ als voorbeeld. Rechtsboven staat de belemmering ‘geen dialoog met de leidinggevende’ en de copingstrategieën ingezet werden. Wanneer de probleemgerichte coping belemmerd werd, zetten zorgverleners emotiegerichte copingstrategieën in om de negatieve emoties van morele stress te reguleren. De positieve aspecten (rechtsonder) hebben de coping ondersteund. Links staan de waarden waarin de zorgverlener zich beperkt voelde. Links staat ook de gemiste ondersteuning die de morele stress versterkt. Onderin worden de effecten van de morele stresservaring benoemd.



Figuur 1: factoren in de ervaring van morele stress

### Morele stress bij drie respondenten

Onder de zes respondenten is er vanuit het theoretisch en empirisch onderzoek te zien dat er bij drie van hen sprake is van morele stressoren en morele stress. Bij hen komen alle factoren samen en kan er aangenomen worden dat er sprake was van morele stress. Deze morele stresservaringen worden hieronder toegelicht en in een processchema getoond.

Figuur 2 (respondent verpleegkundige/verzorgende) toont de factoren van de morele stresservaring vanuit de stressor covid-unit, als proces te lezen van boven naar beneden. De situatie is getaxeerd als stressor (dreiging in de toekomst), omdat zij weet dat verandering op de psychogeriatrische afdeling leidt tot onrust en angst bij bewoners. Medewerkers horen een dag vooraf over de komst van de covid-unit op de afdeling en kunnen bewoners niet voorbereiden. De zorgethische waarden aandacht en verantwoordelijkheid bepalen haar professionele handelen hierin, links getoond bij de stressor. Zij zet probleemgerichte coping in (leidinggevende aanspreken) om de stressvolle situatie op te lossen. Het ontbreken van dialoog blokkeert deze coping. Waarde die daarin voor de respondent op het spel staan zijn de zorgethische waarde competentie (niet als professional gezien worden en kunnen handelen) en humaniteit, links van de belemmering getoond. Het niet kunnen handelen naar

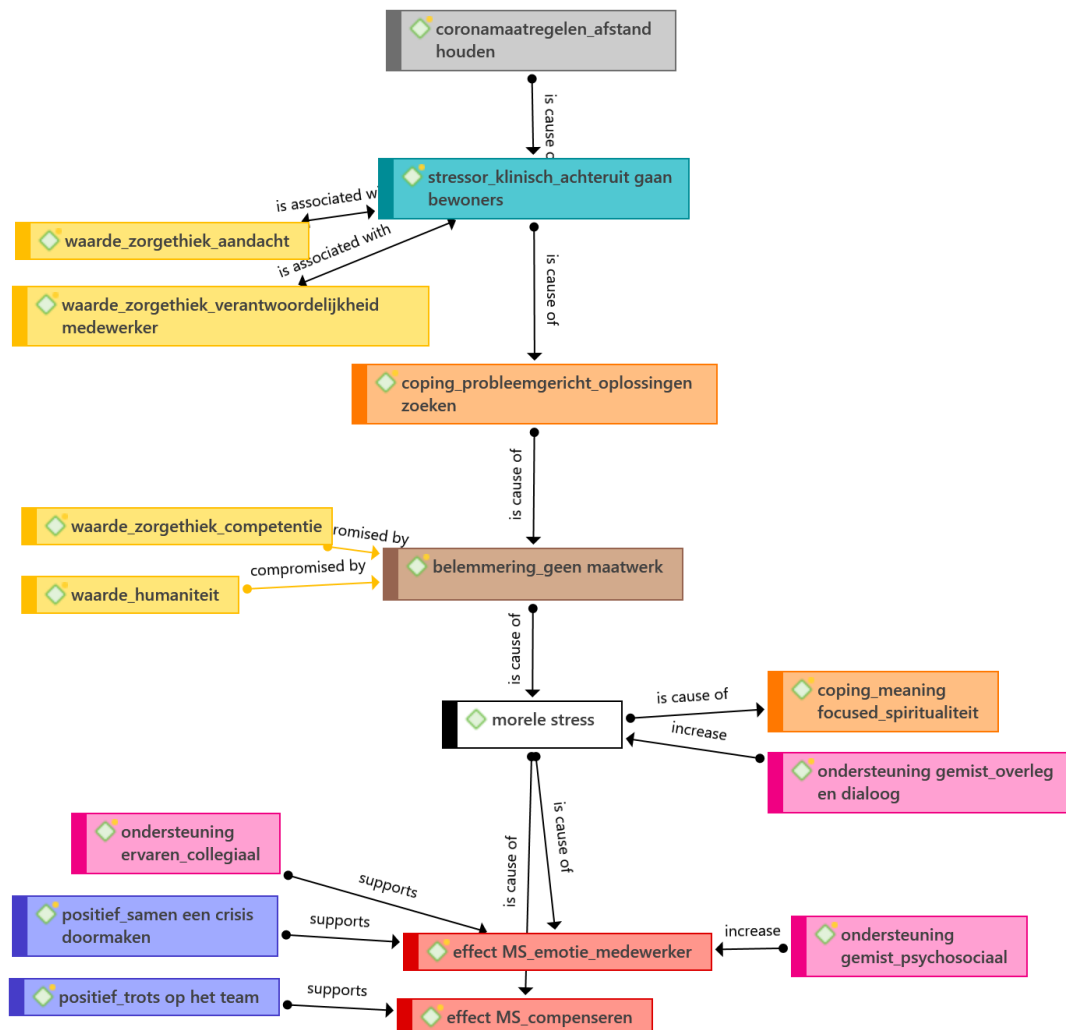
deze waarden geeft morele stress en leidt tot emoties als boosheid en frustratie en solliciteren naar ander werk. Het gemis aan ondersteuning en erkenning van de leidinggevende versterkt de ervaring van morele stress. De ondersteuning in het team, de steun van bewoners/familie en de psychosociale ondersteuning (psycholoog) hielpen haar in het omgaan met morele stress. De respondent ervaarde erkenning door medewerking aan het interview.



Figuur 2: morele stresservaring vanuit de stressor covid-unit.

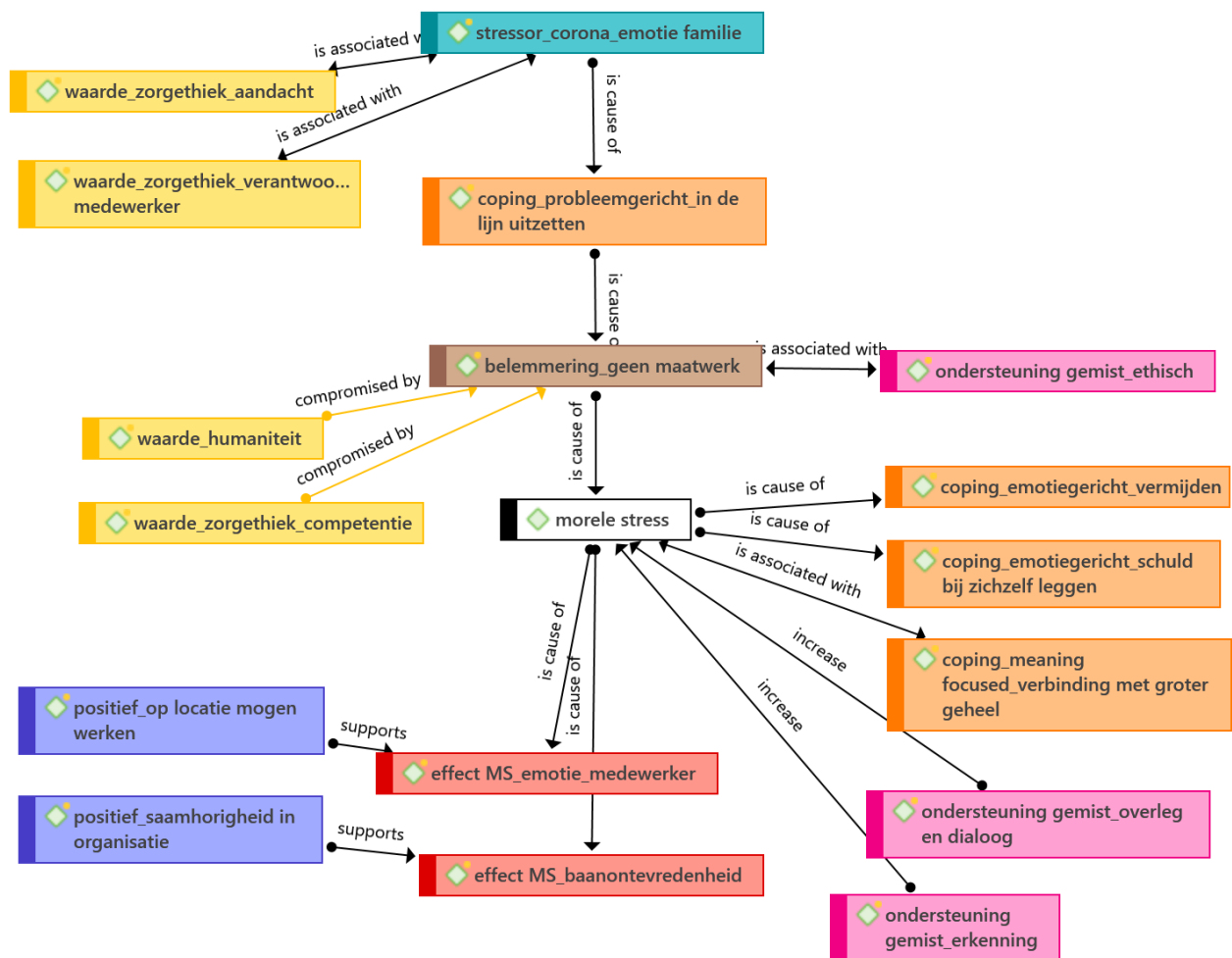
In figuur 3 (respondent psychosociaal) is het proces van morele stress in kaart gebracht bij de stressor achteruitgang bewoners, als proces te lezen van boven naar beneden. Door de coronamaatregelen neemt de respondent achteruitgang waar bij een cliënt. De zorgethische waarde aandacht (zien van zorgbehoefte) en verantwoordelijkheid (zorg willen dragen voor zorgbehoefte) zijn hierin belangrijk. De achteruitgang van de bewoner is voor de zorgverlener een stressor met de taxatie “ik kan er iets aan doen”. Dit brengt probleemgerichte coping teweeg, namelijk oplossingen zoeken o.a. voor maatwerk. De mogelijkheid van maatwerk wordt afgewezen en vormt een belemmering in de oplossingsgerichte coping. Hiermee komt de zorgethische waarde competentie in het geding (niet gezien worden als professional met vakkennis). Ook verwijst de respondent naar de identiteit van de organisatie (humanisme) die voor haar niet gehoord wordt, links van de belemmering getoond. Het niet kunnen handelen naar belangrijke professionele waarden leidt tot de ervaring van morele stress en geeft boosheid en frustratie. Ze zet de betekenisgerichte copingstrategie spiritualiteit in (yoga, meditatie) om de stress te reguleren. Als effect benoemt zij compenseren door hard te werken. Ondersteuning van de

leidinggevende wordt in dit proces gemist en wel gevoeld vanuit collega's. De positieve aspecten (linksonder) ondersteunen haar bij de negatieve effecten van de morele stresservaring. De gemiste ondersteuning versterkt de emoties en de ervaren morele stress.



Figuur 3: morele stresservaring vanuit de stressor achteruitgaan bewoners

De derde respondent (psychosociaal) waarbij morele stress wordt gezien benoemt emoties van familie als stressor. Figuur 4 toont de factoren van morele stress, als proces van boven naar beneden te lezen. De respondent werd benaderd door een emotionele familie met een verzoek om maatwerk in de bezoeksregeling. Vanuit de zorgethische waarden aandacht (zorgbehoefte bewoner/ familie) en verantwoordelijkheid (willen ondersteunen) werd maatwerk gevraagd aan de leidinggevende met probleemgerichte coping 'in de lijn uitzetten'. Over maatwerk was geen gesprek mogelijk (belemmering). Zij kon daarmee niet handelen naar de professionele waarde competentie en humaniteit. Hierin is een ethische commissie gemist die de vraag uit de arbeidsrelatie had kunnen halen met de leidinggevende. De ervaring van morele stress leidde tot verschillende emotiegerichte copingstrategieën. Op een later moment is er ruimte reflectie over de verbinding met het grotere geheel (betekenisgerichte coping) die de stressvolle gebeurtenis in een betekenisvol kader plaatst. De gemiste dialoog en gemiste erkenning hebben de ervaring van morele stress versterkt. De effecten van morele stress uiten zich in emoties en baanontevredenheid. Ondersteunend aan de coping en de effecten van morele stress waren de positieve aspecten.



Figuur 4: morele stresservaring vanuit de stressor emotie familie

### 5. Welke vormen van ondersteuning zochten de respondenten?

Om de bredere context te betrekken, vanuit de gekozen definitie van morele stress en het zorgethisch model, is onderzocht op welke wijze de organisatie ondersteunend was tijdens de eerste fase van de coronacrisis. Uit de interviews komen verschillende vormen van ondersteuning naar voren die respondenten hebben ervaren.

Als eerste valt op dat de onderzoeksgroep management/bestuurder steun heeft ervaren aan ‘overlegvormen’(6x). Zij benoemen een crisis-appgroep, regio-overleg, de taskforce (dagelijks, later wekelijks) en collegiaal overleg over het bezoekverbod en de coronamaatregelen. Dit correleert met de eerdergenoemde resultaten van oplossingsgerichte copingstrategieën en geen ervaren belemmeringen. De andere onderzoeksgroepen geven geen score op ‘overlegvormen’.

Ten tweede valt op dat alle groepen ondersteuning ervaren in het eigen team. Dit correleert met de resultaten uit de benoemde positieve effecten (trots op team, samendoen), tabel 5. Tabel 9 toont de resultaten van de code ondersteuning ervaren. De eerste kolom toont de code, de tweede kolom toont de definitie van de code. De getallen geven weer hoe vaak de respondenten in de onderzoeksgroepen refereerden aan de vormen van ondersteuning per onderzoeksgroep.

code - ondersteuning ervaren	Definitie	Man/best	Psychosociaal	Verpl/verz
overlegvormen	Communicatie en overlegvormen voor respondenten die positief waren.	6	-	-
collegiaal	Ondersteuning van collega's ervaren in de eerste fase coronacrisis.	2	2	2
erkenning bestuurder	Respondenten benoemen erkenning krijgen van de bestuurder en management, soms persoonlijk meestal via e-mail nieuwsbrief.	1	-	2
ethisch	Ondersteuning die is ervaren door aandacht voor morele dimensie van zorg en dilemma's.	2	2	-
meewerken aan interview	Meedoen aan het onderzoek wordt ervaren als steun in reflectie, erkenning en verwerking van een ingrijpende periode.	-	-	1
psychosociaal	Medewerkers die ondersteuning zoeken bij ervaren stress en emoties door de coronacrisis in werk en/of privé.	-	-	2
van bewoners en familie	Medewerkers ervaren steun van bewoners bij emoties in het werk.	-	-	1

Tabel 9: vormen van ervaren ondersteuning

### **Ondersteuning geboden**

De organisatie heeft op verschillende manieren ondersteuning geboden gedurende. Deze zijn negenmaal als 'ondersteuning geboden' (*Vormen van ondersteuning aangeboden door de organisatie, leidinggevende, bestuurder*) gecodeerd. Er is overlap met de code 'ondersteuning ervaren'. De code 'ondersteuning geboden' is bedoeld om eventuele ontbrekende ondersteuning in kaart te brengen die wel geboden is, maar niet ervaren of gemist is. Dit bleek niet het geval. Onderstaande tabel toont de benoemde vormen van ondersteuning.

Code - ondersteuning geboden	Man/best	psychosociaal	Verpl/verz
	Aanbod starten psychosociale ondersteuning	Respondent heeft psychosociale ondersteuning geboden in organisatie	Kennis van aanbod psychosociale ondersteuning via nieuwsbrief
	Alleenstaande medewerkers uitzondering bieden om op locatie te mogen werken, voor welzijn medewerkers	Respondent heeft herdenking georganiseerd	
	Bij stressvolle situatie proactief ondersteuning bieden	Benoemt psychosociaal ondersteuningsaanbod in nieuwsbrief	

	Benoemen dat medewerkers aanbod psychosociale ondersteuning gebruikten		
	Psychische hulp zoeken voor medewerkers met suïcidegedachten		

### 6. Welke behoefte hebben respondenten in ondersteuning bij morele stress binnen de organisatie?

In het interview is ook gevraagd welke ondersteuning respondenten gemist hebben, om aanvullende ondersteuningsbehoeften op het spoor te komen en om te zien of aanbod en behoefte op elkaar aansloot. Als eerste toont de tabel geen score op gemiste ondersteuning in de onderzoeksgroep management/bestuurder. In analysevraag 4 bleek al dat zij voldoende ondersteuning hadden in verschillende overlegvormen. In de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende en psychosociaal is erkenning gemist voor de zorgzwaarte, hun professionaliteit (zorgethische waarde competentie) en omstandigheden op de afdeling. Dit correleert met de gemiste ondersteuningsbehoefte van ‘leidinggevende’ en ‘overleg en dialoog’.

Code ondersteuning gemist	Definitie			
		Man/best	Psychosoc.	Verpl/verz
erkenning	Respondenten geven aan erkenning te missen voor werken onder moeilijke en stressvolle omstandigheden.	-	1	5
leidinggevende	Afwezigheid van steun of weinig steun ervaren van teamleiding.	-	2	3
overleg en dialoog	Respondenten geven aan dialoog en overleg te hebben gemist met leidinggevende over werk-omstandigheden, uitvoering coronabeleid.	-	4	-
ethisch	Het ervaren van gemis in ethische ondersteuning.	-	1	-
psychosociaal	Gemiste psychosociale ondersteuning vanuit de organisatie.	-	1	-

Tabel 10: gemiste ondersteuning

Tot slot: bij het afnemen van de interviews was de keuze voor de definitie voor morele stress van Varcoe nog niet duidelijk. Daardoor is in de interviews niet gevraagd naar ervaringen of invloed van de maatschappelijke context op het verlenen van zorg tijdens de coronacrisis. In de onderzoeksgroepen management/bestuurder en psychosociaal hebben respondenten zelf enkele referenties gemaakt als: “we gaan het [door en na de corona] anders doen met elkaar”, “zoals de zorg nu georganiseerd is, is het niet houdbaar”, “hoe verdeel je schaarste aan personeel zodanig met het hoe toenemend aantal mensen die zorg zullen vragen”. Dit was echter te weinig om in de resultaten mee te nemen.

## 8 | Conclusie

In dit hoofdstuk worden de kernpunten uit het empirisch onderzoek besproken om tot een antwoord te komen op de twee hoofdvragen; 1. welke stressoren hebben zorgmedewerkers ervaren tijdens de coronacrisis in het verlenen van goede persoonsgerichte zorg in het verpleeghuis en hebben deze geleid tot morele stress?

En 2. In hoeverre was de aangeboden ethische en psychosociale ondersteuning voldoende voor zorgverleners in het omgaan met morele stress gedurende de coronacrisis?

Verskillende factoren zijn bepalend wil er sprake zijn van morele stress. De resultaten uit in hoofdstuk 7 lieten zien dat deze factoren aanwezig waren bij de respondenten. Bij drie van hen, uit de onderzoeksgroepen psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende, leidde dit tot morele stress. De drie belangrijkste conclusies hierin worden besproken.

Als eerste laat de analyse zien dat de vijf morele waarden uit het zorgethische fasemodel in het nauw zijn gekomen en de relationele zorg haperde.<sup>159</sup> De onderzoeksgroepen psychosociaal en verpleegkundige/verzorgende werkten in direct contact met bewoners en drie van hen hebben morele stress ervaren. De zorgethische waarden aandacht en verantwoordelijkheid speelden een rol bij het taxeren van een situatie als stressor. Vanuit de eerste zorgethische fase ‘oog hebben voor’ en de waarde aandacht werd de schrijnende situatie van de bewoner en familie gezien. Er werd een moreel appel gevoeld door zien van de cognitieve, fysieke en psychische achteruitgang bij meerdere bewoners. Respondenten wilden verantwoordelijkheid nemen voor de zorgbehoefte (nabijheid) en werden beperkt door coronamaatregelen. De achteruitgang van bewoners (fase 4, het antwoord op de zorg) toont dat het zorgaanbod (fase 3) niet aansloot op de zorgbehoefte. Het zien van de schade bij bewoners door de coronamaatregelen werd een morele stressor. De kern van het zorgethisch model en persoonsgerichte zorg, waarin de aandacht voor de relatie met de bewoner en diens zorgbehoefte centraal staat, werd hiermee geraakt.

Ten tweede is goed te zien welke rol coping speelt in het proces van morele stress. De resultaten tonen een opeenvolgend proces van ingezette copingstrategieën bij stressoren. Als eerste wordt oplossingsgerichte coping ingezet in het omgaan met de stressor vanuit de taxatie dat de situatie op te lossen is. Met de copingstrategie ‘*kijken wat er wel kan*’ werden mogelijkheden gezocht om de schade bij bewoners te beperken. Deze copingstrategie werd belemmerd door de onmogelijkheid van maatwerk. Het belemmeren van coping heeft tot gevolg dat belangrijke persoonlijke en professionele zorgethische waarden aangetast worden, wat resulteerde in morele stress. De respondenten zetten dan emotiegerichte- en betekenisgerichte copingstrategieën om met de morele stress om te gaan, vanuit de taxatie dat er niets op te lossen is. Deze conclusie wordt bevestigd door de tegengestelde resultaten in de onderzoeksgroep management/bestuurder. Bij hen werden de probleemgerichte copingstrategieën niet belemmerd. De stressor ‘*bezoekverbod*’ is bij bestuurder en teammanager de voornaamste stressor. De zorgethische waarde verantwoordelijkheid wordt bij hen ook sterk gevoeld. Het moeten uitvoeren van maatregelen die tegen de kernwaarden

---

<sup>159</sup> Term die Van Nistelrooij gebruikt in het beschrijven van falende zorg: wanneer de vier fasen van zorgen geen geheel vormen. (Basisboek Zorgethiek, 88)

van de organisatie ingaan werd zorgvuldig gewogen, te zien in de probleemgerichte copingstrategieën ‘*kijken wat er wel kan*’ en ‘*kennis en feiten verzamelen*’. Deze stressor kan bij hen echter niet herleid worden naar een ervaring van morele stress. Bij deze onderzoeksgroep zijn geen belemmeringen gevonden in de probleemgerichte copingstrategieën, er zijn bij hen minder emotiegerichte copingstrategieën te zien en geen effecten van morele stress.

Als derde conclusie tonen de resultaten dat het ondersteuningsaanbod bij stressoren niet aansloot op de ondersteuningsbehoeften. Vanuit de organisatie is op verschillende manieren aandacht gegeven aan de aangrijpende omstandigheden waarin gewerkt is. De resultaten tonen dat er psychosociale ondersteuning geboden is waar zorgverleners zelf voor konden kiezen en erkenning is gegeven via nieuwsbrieven. Een van de respondenten met morele stress heeft gebruik gemaakt van psychosociale ondersteuning. Respondenten met morele stress gaven echter aan dat er ondersteuning in de vorm van dialoog, overleg en steun van de leidinggevende gemist is. Respondenten voelden zich met name gesteund door directe collega's uit het team en hebben saamhorigheid ervaren in het team en in de organisatie. Uit de ervaring van gemiste ondersteuning blijkt dat het aanbod niet helemaal aangesloten heeft op de ondersteuningsbehoeften. Dit heeft bij drie van de respondenten de ervaring van morele stress versterkt.

Het empirisch onderzoek toont, als antwoord op de eerste onderzoeksvraag, dat alle respondenten meerdere morele stressoren hebben ervaren. Drie stressoren gaven morele stress bij drie respondenten, te weten het achteruitgaan van bewoners, de covid-unit op de psychogeriatrische afdeling en emoties van familie. Wanneer probleemgerichte copingstrategieën belemmerd worden bij zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor directe zorg en welzijn, ervaren ze dat ze niet konden handelen naar de morele waarden aandacht, verantwoordelijkheid en humaniteit. De zichtbare schade bij bewoners kunnen ze niet verzachten of wegnemen. Wanneer deze factoren samenkomen ervaren de respondenten morele stress in het geven wat zij goede zorg achten. Zoals de derde conclusie duidelijk maakt sloot de aangeboden ethische en psychosociale ondersteuning niet aan bij de ondersteuningsbehoefte in het omgaan met morele stress, voor de zorgverleners die last hadden van morele stresservaringen. Er is door een van hen gebruik gemaakt van het aanbod, maar de ervaren van morele stress bleef doordat de stressor niet opgelost werd en dialoog met de leidinggevende niet mogelijk bleek.

### *Evaluatie empirisch onderzoek*

Er kunnen een aantal kritiekpunten opgemerkt worden op het onderzoek.

In het literatuuronderzoek werd duidelijk dat de kernbegrippen morele stress, coping en ook emoties als effect van morele stress geen eenduidige begrippen zijn. Een respondent benoemt zelf niet dat er sprake is van morele stress, dit kan blijken uit de aanwezigheid van de verschillende factoren en in samenhang met het gehele verhaal. Dit maakt het onderzoeken van deze begrippen in de praktijk ambigue. Met het samenbrengen van de factoren uit de individuele ervaring van de zorgverlener en omgevingsfactoren is geprobeerd dit te ondervangen.

De codering en analyse is slechts door de onderzoeker uitgevoerd, waarmee er niet voldaan

wordt aan de *inter-rater-reliability*, die wordt aanbevolen voor grotere objectiviteit. Ook speelt een rol dat de onderzoeker lerend is in het doen van kwalitatief onderzoek en gebruik van Atlas Ti.

Verder kan aangemerkt worden dat tussen de onderzochte periode, de eerste fase van de coronacrisis van maart-oktober 2020, en de gehouden interviews (2021 en 2022) ruim een jaar tijd zit. Enerzijds heeft dat de respondenten tijd gegeven de ervaringen te verwerken. Anderzijds gaf het een enkele respondent twijfel of ze wel het juiste vertelde. Bij de ervaringen van morele stress bij drie van de respondenten bleken de emoties en verontwaardiging gedurende het interview nog heel actueel.

Tot slot was ten tijde van de interviews de keuze voor de definitie voor morele stress van Varcoe nog niet duidelijk. Daardoor is in de interviews niet gevraagd naar ervaringen of invloed van de maatschappelijke context. In de onderzoeksgroepen management/bestuurder en psychosociaal hebben respondenten zelf enkele referenties gemaakt als, dit was echter te weinig om mee te nemen in de analyse. Hiermee is de contextuele invloed mogelijk wat onderbelicht gebleven.

## 9 | Discussie en aanbevelingen

Uit mijn onderzoek naar stressoren en morele stress tijdens de eerste fase van de coronacrisis in het verlenen van persoonsgerichte zorg in het verpleeghuis zijn drie conclusies te trekken. Aansluitend worden enkele aanbevelingen gedaan voor de organisatie en verder onderzoek.

Dit onderzoek laat ten eerste zien dat de coronacrisis, met het coronabeleid van de overheid (met focus op acute zorg, bezoekverbod), verpleeghuismedewerkers voor morele vragen geplaatst heeft die de individuele zorgverlener en hun verantwoordelijkheid overstegen. Vooral zorgverleners in de directe zorg hadden geen invloed op dit beleid dat zij wel moesten uitvoeren. De morele stress door het zien van achteruitgang van bewoners, waarvoor zorgverleners zich verantwoordelijk voelden en niet konden oplossen, gaat voorbij de *moral burden* (Cribb) die bij zorgen hoort. In deze casestudy komt dit duidelijk naar voren. De morele stress komt voor bij respondenten in de directe zorg en in de zorg voor welzijn. Onderzoek van De Veer geeft ook weer dat medewerkers in staffuncties minder vaak morele stress ervaren. De morele stresservaringen zijn gerelateerd aan de verplichte coronamaatregelen en hebben een directe relatie met het schaden van het welzijn van bewoners. Hierin werd de zorgethische waarde aandacht, die de directe zorgbehoefte betreft, bij hen vaak gezien bij de inschatting van een situatie als stressor. Respondenten in de directe zorg waren uitvoerend in maatregelen waarmee zij schade zagen ontstaan. Of voelden dat ze schade moesten toebrengen bij bewoners, bv. het in quarantaine houden van bewoners die dat niet begrepen.

Van Dartel geeft aan dat het om de bredere maatschappelijke vraag gaat of we het als samenleving en overheid aanvaardbaar vinden dat familie een verbod krijgt om hun naasten te zien, zelfs als het om bescherming gaat. Het signaal dat morele stress van de zorgverleners hierin geeft is relevant, omdat het aantoont dat er belangrijke waarden op het spel staan in de zorg voor kwetsbare cliënten. Een signaal over de conflicterende waarden tussen de persoonsgerichte zorg en bescherming tegen het onbekende COVID-19 virus.

Van Dartel & Spekking zijn net als Varcoe van mening dat het nodig is om morele stress niet te individualiseren. Morele stress moet begrepen worden als een signaal over het ethisch werkklimaat in de organisatie en de bredere context van het zorgbeleid. Ook fase vijf uit het zorgethisch model, met de waarde solidariteit, maakt bredere morele vragen onderdeel van zorg verlenen. Tronto benadrukt hiermee het wederkerig proces tussen de democratische context en de concrete zorgpraktijk in het denken over zorg. De morele stress onder de respondenten heeft duidelijk gemaakt dat morele stress naast een persoonlijke ervaring, een signaal is voor de organisatie en sociaal-politieke context.

Ten tweede is duidelijk dat alle respondenten stressoren kenden, zoals verwacht vanuit de situatieschets in de inleiding. De onderzoeksgroep management/bestuurder noemden vier coronagerelateerde stressoren. De andere onderzoeksgroepen benoemden allebei zes stressoren, ook klinisch. Het zorgethisch model is behulpzaam om per fase te analyseren wat er gebeurd is in de zorgpraktijk en welke waarden door de stressoren in het nauw kwamen. Vanuit zorgethische waarden ervaarden respondenten een sterke tegenstelling tussen wat zij als juiste persoonsgerichte en humane zorg zagen, namelijk zorgvuldige afweging om

maatwerk te bieden in schrijnende situaties om aan te sluiten op de zorgvraag. En wat van hen verwacht werd, een regels-zijn-regels beleid uitvoeren. De wederkerigheid in de zorgrelatie met de bewoner (en familie) stond onder druk, zoals in de zorgethische benadering van Tronto centraal staat. De zorgverlener zag de zorgbehoefte (fase 1) van zowel bewoner als familie, namelijk de behoefte aan nabijheid en contact. En konden niet de juiste acties ondernemen vanuit hun gevoelde verantwoordelijkheid (fase 2/3) voor het welzijn van de bewoners. De nadruk lag op het houden aan coronamaatregelen vanwege de waarde veiligheid. De probleemgerichte coping om een oplossing te zoeken voor de stressor werd belemmerd. Daarmee wordt de volgende zorgethische waarde in het fasemodel beperkt, competentie. De respondenten ervoeren dat zij hun kennis en vaardigheden niet konden inzetten en hierin niet erkend werden. De toename van somatische en psychische klachten, zoals pijn, depressieve klachten en cognitieve achteruitgang als ‘antwoord’ op geboden zorg, laat zien dat de aangeboden zorg niet aansloot op de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Wat hen hierin extra frustreerde was de aangetaste waarde humaniteit, die de identiteit van de organisatie bepaalt. Er is, met de waarde solidariteit, wel enige erkenning ervaren voor hun werk van de organisatie als bredere context. Zoals uit het onderzoek van de Onderzoeksraad bleek hebben zorgverleners ook enkele positieve aspecten ervaren. Deze kwamen in dit onderzoek ook op dezelfde wijze naar voren als saamhorigheid en snel kunnen schakelen. Deze positieve factoren werkten ondersteunend in het omgaan met de stressoren.

Ten derde is gekeken naar de context van de organisatie waarin de morele stress kon ontstaan. De organisatie had de wens geuit inzicht te krijgen of zorgverleners het lastig vonden om morele stress bespreekbaar te maken bij hun leidinggevende tijdens de eerste fase van de coronacrisis, en of de hulp die aangeboden is gebruikt is. Uit de interviews blijkt dat de belangrijkste ondersteuning bij morele stresservaringen van directe collega's kwam. Dit komt overeen met het onderzoek van Bruggeman over psychosociale ondersteuning tijdens de coronacrisis onder zorgverleners. Hierin blijkt ook dat de eerste kring van o.a. directe collega's en een hecht team de belangrijkste ondersteuning vormen. Respondenten uit dit onderzoek laten eenzelfde ervaring zien bij ervaren steun bij de morele stress. Het team en de saamhorigheid in het team vormen de belangrijkste ondersteuning gedurende de eerste fase van de coronacrisis, wat correleert met de benoemde positieve aspecten. Deze positieve aspecten hebben als ondersteunende factoren gewerkt in coping met stressoren, zoals ook in het NEON-congres over morele stress gedeeld werd. In de tweede kring van ondersteuningsbehoefte wordt de leidinggevende, geestelijk verzorger of andere georganiseerde collegiale ondersteuning benoemd in de literatuur. Binnen de organisatie heeft de respondent uit de onderzoeksgroep verpleegkundige/verzorgende, met ervaren morele stress, zelf hulp gezocht bij de psycholoog van de organisatie.

Vanuit het contextueel benaderen van morele stress kan de organisatie morele stress opvatten als een positief signaal. Lützn verwijst naar morele gevoeligheid. Het waarderen van de morele gevoeligheid kan dialoog in gang zetten over het ethisch werkklimaat, dat ten goede komt aan de kwaliteit van zorg en welzijn van medewerkers. Binnen de onderzochte organisatie is morele stress niet als signaal opgepakt in de onderzochte periode. De bredere organisatorische en maatschappelijke context van de coronacrisis maakte dit niet gemakkelijk. In de belemmeringen ‘*geen dialoog met de leidinggevende*’ en ‘*geen maatwerk*’ is het instrumenteel leiderschap, gerichtheid op taken, te herkennen als trigger

voor morele stress, zoals De Veer onderzocht. Het coronabeleid van de overheid werd door de verpleeghuizen in de eerste fase uitgevoerd vanuit de morele waarde verantwoordelijkheid ter bescherming van de kwetsbare risicogroep en medewerkers. Het zorgen voor veiligheid behoort tot de verantwoordelijkheid van de organisatie, echter de gesignaleerde zorgbehoefte was vaak een behoefte aan nabijheid. Van Dartel & Spekking analyseren dat tijdens de eerste coronaperiode de uitvoering van de coronamaatregelen de aard van de zorg binnen de verpleeghuizen veranderden van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’. Coronamaatregelen moesten de veiligheid garanderen van de verpleeghuiscliënten en sterftcijfers terugdringen en werd er moreel juist gehandeld. Het relationele aspect, belangrijk in zorgethiek en persoongerichte zorg, veranderde hierdoor wel ingrijpend. Niet alleen de zorgrelatie veranderde, maar in de onderzochte organisatie ook de relatie van leidinggevende met medewerkers. Het management en bestuurder hadden de verantwoordelijkheid voor het beleid en naleven van de coronamaatregelen en maatwerk behoorde hier niet tot de mogelijkheden. Dialoog en overleg is hierin gemist.

Dialoog en overleg zijn nodig wil morele stress als positief signaal benut worden in de organisatie. Onderzoek laat zien dat medewerkers daarmee beleidskeuzen beter kunnen uitdragen. Om de morele dimensie van zorgen goed te bespreken is oefening nodig om hiervoor bepaalde vaardigheden te ontwikkelen bv met regelmatig doen van moreel beraad, zoals de Snoo-Trimp aantoont. Ook geven respondenten aan erkenning gemist te hebben. Kennis en ervaring over ondersteuning bij *moral injury* door crisissituaties leert dat aandacht en erkenning belangrijk zijn bij de complexiteit van morele stress. Erkenning geven aan het verhaal en de geleefde ervaringen uit de crisis dragen bij aan de verwerking en oplossen van morele stress.

## *Aanbevelingen*

De volgende twee aanbevelingen richten zich op de organisatie. De derde aanbeveling betreft onderzoek.

De onderzoeksresultaten tonen dat respondenten vooral steun van directe collega's (*peer-support*) ervaarden in het omgaan met stressoren en morele stress. De sluiting van het verpleeghuis creëerde een saamhorigheid en samenwerking in het team en de organisatie. Na een crisissituatie verdwijnt de urgentie, en is deze samenwerking en ervaren ondersteuning weer meer naar de achtergrond verdwenen. Een aanbeveling aan de organisatie is om te onderzoeken hoe samenwerking en collegiale steun op teamniveau duurzaam onder de aandacht blijft. Een concreet voorbeeld dat ingezet kan worden, wordt toegepast in het Erasmus Medisch Centrum. Het EMC biedt primair *peer-support* om zorgmedewerkers te ondersteunen bij morele stress en leidt hier seniorverpleegkundige voor op. Zij merken dat dit meestal voldoende is ter ondersteuning in lastige morele dilemma's.<sup>160</sup>

Een tweede aanbeveling komt voort uit het gemis aan dialoog en overleg bij de respondenten, dat de morele stresservaringen versterkte. Dit zet aan tot nadenken over de

---

<sup>160</sup> Erwin Kompanje, 4-6-2021. Besproken tijdens het Neon-Congres. Het bespreken van verhalen wordt *narrative medicine* genoemd en komt uit onderzoek naar voren als manier om morele stress te verminderen.

vraag hoe de organisatie op mesoniveau de morele gevoeligheid van zorgverleners positief waardeert en benut. Concreet zou er nagedacht kunnen worden over het instellen van een ethische commissie door en voor zorgverleners, waarin zij hun morele gevoeligheid positief inzetten in lastige morele situaties. Zorgverleners kunnen geschoold worden in het bespreken van morele vraagstukken en waar nodig betrokken worden in de dialoog over de zorgpraktijk met teammanagers. Onderzoek laat zien dat, wanneer zorgverleners meer autonomie krijgen en goede relaties hebben met behandelaren, directe collega's en teamleiders, zij de gemaakte (beleids) keuzen beter begrijpen en kunnen uitvoeren. Dit sluit bovendien aan bij kernwaarden van het humanisme, de identiteit van de organisatie. Voor de aanbeveling aan de organisatie verwijs ik naar bijlage 5.

Op het gebied van onderzoek is het nodig dat het concept morele stress gedetailleerder in kaart wordt gebracht bij verpleeghuismedewerkers. Meer kwalitatief onderzoek kan de conceptuele vaagheid en de rol van coping verder verhelderen. De focus van het onderzoek naar morele stress in de klinische context ligt vooral bij de acute zorg. Door toenemende zorgzwaarte, complexiteit van de zorgvragen en toenemende psychiatrische problematiek in de verpleeghuiszorg is aandacht voor de morele dimensie van verpleeghuiszorg belangrijk. Dit kan bijdragen aan meer bekendheid met het fenomeen morele stress in het algemeen en onder verpleeghuismedewerkers in het bijzonder.

## 10 | Bibliografie

- (IGJ), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. "Verpleging, Verzorging En Thuiszorg Tijdens De Coronacrisis; Sectorrapportage Van De Inspectie Gezondheidszorg En Jeugd." 1-24. Den Haag Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020.
- (RIVM), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. "De Ziekte Covid-19." Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/ziekte>
- Bruggeman, Fieke, te Brake, Hans, Dijkhuis, Renee, van Dijk, Moniue, Buurman, Bianca, de Pagter, Anne. "Een Hecht Team Als Steun in Tijd Van Crisis." *TVG 2* (2021): 32-34.
- Corley, M. C. "Nurse Moral Distress: A Proposed Theory and Research Agenda." *Nurs Ethics* 9, no. 6 (Nov 2002): 636-50.
- De Koeijer-Gorissen, R.J., Wüst, H., van der Scheer, W. . "Goed Besturen in Crisistijd." Rotterdam Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, 2022.
- De Snoo-Trimp, J.C., De Vet, H.C.W., Widdershoven, G.A.M., Molewijk, A.C., Svantesson, M. . "Moral Competence, Moral Teamwork and Moral Action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-Mcd) Instrument 2.0 and Its Revision Process." *BMC Medical Ethics* 21:53 (2020): 1-18.
- de Veer, A., Franck, A. Struijs, A. Willems, D.L. "Determinants of Moral Distress in Daily Nursing Practice: A Cross Sectional Correlational Questionnaire Survey." *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013): 100–08.
- Den Uijl, Henk, Frankowski, Andrea, Hendriks, Wiljan. "Van Beleidsreflex Naar Reflexief Beleid: Hoe Verder Nu Het Kwaliteitsdenken in De Verpleeghuiszorg Voor Een Dichte Deur Is Komen Te Staan " In *Ethiek in Tijden van Corona*, edited by Ellen Van Segeren, Groen, Nico Den Haag Centrum van Ethiek en Gezondheid 2020.
- Dijkstra, Maria T.M., Homan, Astrid C. "Engaging in Rather Than Disengaging from Stress: Effective Coping and Perceived Control." *Frontiers in Psychology* 7, no. september 2016 (2016): 1-12.
- Dijsselbloem, J. "Aanpak Coronacrisis: Deel 1 - Tot September 2020." Den Haag: Onderzoeksraad voor de Veiligheid 2022.
- Dohmen, M. D. W., C. van den Eijnde, C. L. E. Thielman, J. Lindenberg, J. M. Huijg, and T. A. Abma. "Good Care During Covid-19: A Narrative Approach to Care Home Staff's Experiences of the Pandemic." *Int J Environ Res Public Health* 19, no. 4 (Feb 13 2022).
- Folkman, S. "Stress, Coping, and Hope." *Psychooncology* 19, no. 9 (2010): 901-8.
- Frydenberg, Erica. *Coping and the Challenge of Resilience*. London, United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2017.
- Gregory, Fricchione, Nejad, Shamin "Resiliency and Coping." In *Oxford Textbook of Spirituality and Health Care*, edited by Mark R. Cobb, 17. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Jameton, A. "What Moral Distress in Nursing History Could Suggest About the Future of Health Care." *AMA J Ethics* 19, no. 6 (Jun 1 2017): 617-28.
- Kompanje, Erwin "Congres Neon: Morele Stress, Morele Moed, Morele Veerkracht " (4-6-2021).
- Krozer, Mira, onderzoeker en trainer bij G&I Nederland "Onderzoek Moreel Archief Corona " By C de Jong (28-4-2021).
- Kuipers, E. . "Verzamelbrief Covid-19, 4-7-2022." edited by Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. Den Haag Rijksoverheid 2022.
- Lazarus, Richard, Folkman, Susan. *Stress, Appraisal, and Coping* New York Springer Publishing Company, 1984.
- Lutzen, Kim, Blom Tammy, Ewalds-Kvist Beatrice, Winch Sarah. "Moral Stress, Moral Climate and Moral Sensitivity among Psychiatric Professionals." *Nursing Ethics* 17, no. 2 (2010): 213-24.
- McCarthy, J., and C. Gastmans. "Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature." *Nurs Ethics* 22, no. 1 (Feb 2015): 131-52.
- Molendijk, Tine. "Oude En Nieuwe Rituelen Voor Moral Injury." *Religie en Samenleving* 12, no. 2/3 (2017): 221-29.
- . "Project Moral Injury." <https://projectmoralinjury.nl/nwa/>.

- — —. "Soldiers in Conflict: Moral Injury, Political Practices and Public Perceptions." Radboud Universiteit Nijmegen, 2020.
- Muthert, Hanneke, de Kraker, Anieljah, Holsappel, Jorien. "Geestelijke Zorg in Tijden Van Corona; Verbinding Op Afstand." *TGV; Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 23, no. 98 (2020): 24-29. Noord-Holland, Bestuurder Verpleeghuis. By C. de Jong (6-4-2022).
- Pargament, Kenneth I. . "Religion and Coping: The Current State of Knowledge." In *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, edited by Susan Folkman. Oxford Oxford University Press, 2012.
- Park, Crystal L. "Meaning, Coping, and Health and Well-Being." In *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, edited by Susan Folkman. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Rijksoverheid: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Rijksoverheid: Kamerbrief 19-3-2020, Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport, Betreffende "Aanscherping Bezoek Verpleeghuizen Ivm Covid-19" " Rijksoverheid <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/19/kamerbrief-over-aanscherping-bezoek-verpleeghuizen-in-verband-met-covid-19>
- Sizoo, E. M., A. A. Monnier, M. Bloemen, C. Hertogh, and M. Smalbrugge. "Dilemmas with Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the Covid-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire with Elderly Care Physicians." *J Am Med Dir Assoc* 21, no. 12 (Dec 2020): 1774-81 e2.
- Skinner, E. A., K. Edge, J. Altman, and H. Sherwood. "Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping." *Psychol Bull* 129, no. 2 (Mar 2003): 216-69.
- Tai, Eric Tjong Tjin. "Zorgethiek ". In *Basisboek Ethiek* edited by Martin van Hees, Nys, Thomas, Robeyns, Ingrid Amsterdam Uitgeverij Boom 2019.
- Tronto, Joan C. *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. [in English] New York, NY: New York University Press, 2013.
- — —. "Dependence, Care and Vulnerability." By Tessa Smorenburg (2015).
- — —. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic Care*. [in English] Pbk ed. New York: Routledge, 1993.
- van Campen , Cretien, Verbeek-Oudijk, Debbie "Ouderen in Verpleeghuizen En Verzorgingshuizen: Landelijk Overzicht Van Hun Situatie in 2015/16." 47. Den Haag Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.
- Van Dartel, Hans. "Twee Zorgethische Gesprekmethoden." In *In Gesprek Blijven over Goede Zorg; Overlegmethoden Voor Moreel Beraad*, edited by Molenwijk van Dartel, 171-86. Amsterdam Uitgeverij Boom, 2018.
- Van der Dam, Sandra, Schols, Jos M.G.A., Kardol, Tinie, Molewijk, Bert C., Widdershoven, Guy A.M, Abmad, Tineke A. . "The Discovery of Deliberation. From Ambiguity to Appreciation through the Learning Process of Doing Moral Case Deliberation in Dutch Elderly Care." *Social Science & Medicine* 83 (2013): 125-32.
- van der Fels, Irene. "Resultaten Monitor Gezond Werken 2020; Tijdens De Covid-19 Uitbraak." edited by Stichting IZZ. Utrecht Stichting IZZ en Universiteit Utrecht 2020.
- Van der Leer, Nico. "Zinvolle Zorg in Het Verpleeghuis; Een Onderzoek Naar De Samenhang Tussen Zorg En Zin En De Rol Van De Geestelijk Verzorger." Universiteit van Humanistiek 2020.
- Van Nistelrooij, Inge. *Basisboek Zorgethiek; over Menslievende Zorg, Moreel Beraad En De Motivatie Van Verpleegkundigen*. Heeswijk: Berne Media, 2019.
- Varcoe, C., B. Pauly, G. Webster, and J. Storch. "Moral Distress: Tensions as Springboards for Action." *HEC Forum* 24, no. 1 (Mar 2012): 51-62.
- Verenso. "Verenso: Op Advies Van Verenso Scherpt Kabinet Bezoekersregeling Verpleeghuizen Aan." Verenso, <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2020/op-advies-van-verenso-scherpt-kabinet-bezoekersregeling-verpleeghuizen-aan>.
- Verschuren, Piet, Doorewaard, Hans. *Het Ontwerpen Van Een Onderzoek*. Amsterdam Boom Uitgevers, 2016.

Zautra, Alex J., and John W. Reich. "Resilience: The Meanings, Methods, and Measures of a Fundamental Characteristic of Human Adaptation." In *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, edited by Susan Folkman. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Zorgbestuur, Erasmus Centrum voor. "Besturen in Een Bijzondere Tijd; Reflectie in Actie." <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/reflectie-actie/>

Zorginstituut Nederland. "Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; Samen Leren En Ontwikkelen." Diemen, 2021.

Deelname NEON Congres (online) 4-6-2021: Morele stress, morele moed, morele veerkracht.

## Bijlagen

### Bijlage 1 | Uitnodigingsbrief respondenten

Onderzoek: Morele stress bij zorgmedewerkers tijdens coronacrisis

Haarlem, [datum]

Betreft: Uitnodiging voor deelname interview

Beste [naam],

Bij deze wil ik je vragen om mee te werken aan een interview voor een onderzoek ten behoeve van mijn eindscriptie. Ik zal het onderzoek en mijzelf hier kort introduceren.

Graag zou ik een interview met je houden voor een onderzoek naar morele stress en morele dilemma's bij het verlenen van de zorg tijdens de coronacrisis. Het geven van goede zorg is tijdens de eerste fase in 2020 – en ook daarna nog – een grote uitdaging geweest door alle coronamaatregelen. Het nieuwe virus en de wereldwijde pandemie zorgden, zeker in het begin, voor veel onzekerheid en onduidelijkheid. De sluiting van het verzorgingshuis voor familie, het afstand moeten houden tot de bewoners, onduidelijkheid over besmettingen en zorg over de eigen gezondheid, geen beschikbare beschermingsmiddelen en/of het dragen van mondkapjes; al deze zaken zetten het verlenen van persoongerichte zorg onder druk en heeft bij veel zorgmedewerkers voor stress gezorgd.

Voor mijn onderzoek zou ik graag weten hoe je het verlenen van goede zorg hebt ervaren tijdens de eerste fase van de coronacrisis. Is er een situatie geweest waaraan je nu nog terug denkt, waarin je niet hebt kunnen doen wat je voor de bewoner(s) belangrijk vond? Hoe heb je de eerste periode van de coronacrisis ervaren en hoe ben je omgegaan met stress rondom het nieuwe virus?

Het interview duurt ongeveer 45 minuten op het werk en wordt gehouden voor de eindscriptie van de master geestelijke verzorging aan de Radboud Universiteit. De deelname is anoniem en vertrouwelijk. Het onderzoek wordt met toestemming van [naam organisatie] via [naam teammanager] uitgevoerd.

Mochten er naar aanleiding van het interview nog vragen zijn in de weken daarna, dan ben ik uiteraard bereikbaar voor vragen.

Met hartelijke groet,  
Corine de Jong

#### **Contactgegevens**

e-mailadres: xxx @ xx.com

telefoonnummer: 06-xxx

## Bijlage 2 | Toestemmingsverklaring

**Radboud Universiteit**



**Naam onderzoek:** *Morele stress in de verpleeghuiszorg tijdens de coronacrisis*

**Verantwoordelijke onderzoeker:** *Corine de Jong*

**Periode onderzoek:** *augustus 2021 – juni 2022*

### **Verklaring deelnemer**

Ik heb uitleg gekregen over het doel van het onderzoek. Ik heb vragen mogen stellen over het onderzoek. Ik neem vrijwillig deel aan het onderzoek. Ik begrijp dat ik op elk moment tijdens het onderzoek mag stoppen als ik dat wil. Ik begrijp hoe de gegevens van het onderzoek bewaard zullen worden en waarvoor ze gebruikt zullen worden. Ik stem in met deelname aan het onderzoek zoals beschreven in het informatiedocument.

Toestemming audio opname:

Ik geef toestemming om (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is):

**Ja Nee**

- audio-* opname van mij te maken voor dit onderzoek en deze opnames tijdelijk op te slaan volgens de geldende regels van de Radboud Universiteit.
- de geluidsopnamen uit te schrijven (transcriptie)
- de anoniem gemaakte transcripten te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek, te weten de masterscriptie van de onderzoeker

### **overige opmerkingen:**

de audio opnamen worden vernietigd na afronding en beoordeling van de scriptie.

Naam: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

### **Verklaring uitvoerend onderzoeker**

Ik verklaar dat ik de hierboven genoemde persoon juist heb geïnformeerd over het onderzoek en dat ik mij houd aan de richtlijnen voor onderzoekers zoals verwoord in het protocol van de Ethische Toetsingscommissie Geesteswetenschappen.

Naam: Corine de Jong

Handtekening: ..... Datum:

### Bijlage 3 | Vragenlijst semigestructureerd interview

Vraag	topic
Als je terugkijkt op het eerste jaar van de coronacrisis 2020; Is er een situatie geweest waaraan je nu nog terug denkt, waarin je niet hebt kunnen doen wat je voor de bewoner(s) belangrijk vond?	<i>stressoren</i>
Hoe heb je de team/organisatie steun ervaren in het nemen van lastige beslissingen rondom moeilijke situaties?	<i>ondersteuning bij morele thema's</i>
Heb je hierin iets gemist?	<i>behoefte aan ondersteuning</i>
Wat heb je gedaan in je werk en/of privé om met stress rondom de coronapandemie om te gaan?	<i>copingstrategie</i>
Wat was positief in deze periode?	<i>draagt bij aan coping</i>
Zou je nog iets willen toevoegen	
Hoe kijk je terug op dit gesprek?	<i>Afsluiting</i>

## Bijlage 4 | Schematische indeling van de copingstrategieën

Code (87)	Code Group (8)
Belemmering_geen dialoog leidinggevende	Belemmering
Belemmering_geen maatwerk	
Belemmering_overplaatsing	
coping_emotiegericht_doorgaan	coping
coping_emotiegericht_een plaats geven	
coping_emotiegericht_grenzen stellen	
coping_emotiegericht_hart luchten bij collega	
coping_emotiegericht_relativeren	
coping_emotiegericht_schuld bij zichzelf leggen	
coping_emotiegericht_vermijden	
coping_emotiegericht_verwerken in studieopdrachten	
coping_emotiegericht_emoties delen met anderen	
coping_betekenisgericht_dankbaarheid ervaren	
coping_betekenisgericht_jezelf vergelijken met anderen die het moeilijker hebben	
coping_betekenisgericht_spiritualiteit	
Coping_betekenisgericht_verbinding met dieren/natuur	
coping_betekenisgericht_verbinding met groter geheel	
coping_betekenisgericht_verbinding met naasten	
coping_betekenisgericht_zichzelf verplaatsen in de ander	
coping_probleemgericht_in de lijn uitzetten	
coping_probleemgericht_kennis / feiten verzamelen	
coping_probleemgericht_kijken wat er wel kan	
coping_probleemgericht_leidinggevende aanspreken	
coping_probleemgericht_niet houden aan coronaregels	
coping_probleemgericht_oplossingen zoeken	
coping_probleemgericht_snel schakelen	
coping_probleemgericht_zelf oplossen	
coping_veerkracht	
coronamaatregelen_afstand houden	coronamaatregelen
coronamaatregelen_beschermingsmiddelen	
coronamaatregelen_privé	
coronamaatregelen_vaccineren	
effect MS_baanontevredenheid	effecten morele stress
effect MS_baanwissel overwegen	
effect MS_compenseren	
effect MS_emotie_medewerker	
effect MS_overwerkt voelen	
ondersteuning ervaren_collegiaal	ondersteuning
ondersteuning ervaren_erkenning bestuurder	
ondersteuning ervaren_ethisch	
ondersteuning ervaren_meewerken aan interview	
ondersteuning ervaren_overlegvormen	
ondersteuning ervaren_psychosociaal	
ondersteuning ervaren_van bewoners en familie	
ondersteuning gemist_erkenning	
ondersteuning gemist_ethisch	
ondersteuning gemist_leidinggevende	
ondersteuning gemist_overleg en dialoog	

ondersteuning gemist_psychosociaal	
ondersteuning_aangeboden	
positief_beeldbellen	positieve effecten
positief_beleid organisatie	
positief_buiten de kaders denken	
positief_minder psychofarmaca	
positief_op locatie mogen werken	
positief_portier	
positief_rust bij bewoners	
positief_saamhorigheid in organisatie	
positief_saamhorigheid team	
positief_samen doen	
positief_samen een crisis doormaken	
positief_trots op het team	
positief_trots op organisatie	
positief_weinig besmettingen	
stressor_corona_angst/risico besmetting op werk	stressor
stressor_corona_bezoekverbod	
stressor_corona_covid unit op afdeling	
stressor_corona_geen kennis over coronavirus	
stressor_corona_onzekerheid over duur coronacrisis	
stressor_corona_quarantaine houden van bewoner	
stressor_corona_terminale fase	
stressor_klinisch_achteruit gaan bewoners	
stressor_klinisch_emotie_bewoner	
stressor_klinisch_emotie_familie	
stressor_klinisch_meer psychofarmaca	
waarde_humaniteit	waarden
waarde_zorgethiek_aandacht	
waarde_zorgethiek_afhankelijkheid	
waarde_zorgethiek_competentie	
waarde_zorgethiek_kwetsbaarheid	
waarde_zorgethiek_relatie	
waarde_zorgethiek_responsiviteit	
waarde_zorgethiek_solidariteit	
waarde_zorgethiek_verantwoordelijkheid medewerker	
waarde_zorgethiek_verantwoordelijkheid organisatie	

## Bijlage 5 | Aanbeveling aan de organisatie

Haarlem, 5 augustus 2022

betreft: afronding onderzoek binnen [naam organisatie] en aanbeveling

Beste [naam manager behandeldienst en bestuurder],

Hierbij stuur ik je het afgeronde masteronderzoek toe dat ik heb uitgevoerd in [naam organisatie]. Allereerst hartelijk dank voor het mogen doen van mijn masteronderzoek naar morele stress onder verpleeghuismedewerkers binnen [naam organisatie] over de eerste periode van de coronacrisis. Er is waardevolle medewerking van zes medewerkers geweest en dit heeft een gedifferentieerd inzicht gegeven in de morele stresservaringen in het verlenen van persoonsgerichte zorg in 2020.

Mijn onderzoek heeft inzicht gegeven in morele stressoren en morele stress onder zorgverleners en hoe zij omgingen met deze stress, zoals te lezen in het verslag. Vanuit [naam voormalige teammanager] was de wens geuit om inzicht te krijgen of zorgverleners het lastig vonden om morele stresservaringen bespreekbaar te maken bij hun leidinggevende tijdens de eerste fase van de coronacrisis en of de hulp die aangeboden is gebruikt is. Deze vragen zijn als volgt te beantwoorden.

Vanuit de organisatie is op verschillende manieren aandacht gegeven aan de aangrijpende omstandigheden waarin gewerkt is. De resultaten tonen dat er via de wekelijkse nieuwsbrief bekendheid werd gegeven aan het aanbod van psychosociale ondersteuning en alle respondenten waren hiermee bekend. Een van hen heeft hier gebruik van gemaakt. Vier respondenten gaven echter ook aan dat er ondersteuning in de vorm van dialoog en overleg met leidinggevende gemist is en erkenning en steun van de directe leidinggevende. Zij vonden het in eerste instantie niet lastig om morele stressoren aan te geven, maar door het ontbreken van dialoog liepen zij toch vast. Respondenten voelden zich niet gesteund door directe collega's uit het team en hebben saamhorigheid ervaren in het team en in de organisatie. Uit de ervaring van gemiste ondersteuning blijkt dat het aanbod niet helemaal aangesloten heeft op de ondersteuningsbehoeften. Dit heeft bij drie van de respondenten de ervaring van morele stress versterkt.

Hierin zijn de volgende aanbevelingen te doen. De sluiting van het verpleeghuis creëerde een saamhorigheid en samenwerking in het team en de organisatie. Na een crisissituatie verdwijnt de urgentie en is deze samenwerking en ervaren ondersteuning van collega's weer meer naar de achtergrond verdwenen. Een aanbeveling is om te onderzoeken hoe samenwerking en collegiale steun op teamniveau duurzaam onder de aandacht blijft in het ondersteunen van stressvolle morele situaties. Een concreet voorbeeld dat wordt toegepast in het Erasmus Medisch Centrum kan mogelijk ingezet worden. Het EMC biedt primair *peer-support* om zorgmedewerkers te ondersteunen bij morele stress en leidt hier seniorverpleegkundigen voor op. Zij merken dat dit meestal voldoende is ter ondersteuning in lastige morele situaties.

Een tweede aanbeveling komt voort uit het gemis aan dialoog en overleg bij de respondenten, dat de morele stresservaringen versterkte. Dit zet aan tot nadenken over de vraag hoe de organisatie de morele gevoeligheid van zorgverleners positief kan waarderen en benutten ten behoeve van kwalitatief goede persoonsgerichte zorg. Concreet zou er nagedacht kunnen worden over het instellen van een ethische commissie door en voor zorgverleners, waarin zij hun morele gevoeligheid positief inzetten in lastige morele situaties. Zorgverleners kunnen geschoold worden in het bespreken van morele vraagstukken en waar nodig betrokken worden in de dialoog over de zorgpraktijk met

teammanagers. Dit sluit aan bij een van de kernwaarden van het humanisme, de identiteit van de organisatie. Onderzoek laat zien dat, wanneer zorgverleners meer autonomie krijgen en goede relaties hebben met behandelaren, directe collega's en teamleiders, zij de gemaakte (beleids) keuzen beter begrijpen en kunnen uitvoeren. Dit kan morele stress verminderen en voorkomen.

Dit is een korte samenvatting van de onderzoeksresultaten die betrekking hebben op jullie concrete vraag. Uiteraard ben ik bereid om deze resultaten en aanbeveling verder toe te lichten of nader uit te werken.

Met hartelijke groet,

Corine de Jong