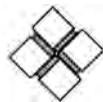


# Co-creatie van goede zorg

Ethische vragen, moreel beraad en normatieve  
professionalisering in de zorg en het sociaal werk

Mariël Kanne



Eburon  
Delft 2016

ISBN 978 94 6301 083 2

Academische Uitgeverij Eburon, Delft, [www.eburon.nl](http://www.eburon.nl)

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag

Omslagillustratie: Ida Meijlink

© 2016 Mariël Kanne. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende ([mariel.kanne@hu.nl](mailto:mariel.kanne@hu.nl)).

# Inhoudsopgave

Voorwoord	9
1 Introductie	14
1.1 Inleiding en vraagstelling	14
1.2 De context van het onderzoek	20
1.3 Methodologische verantwoording	27
1.3.1 Literatuuronderzoek	27
1.3.2 Empirisch ethisch onderzoek	28
1.3.3 Ander onderzoek	33
1.4 Leeswijzer	37
CO-CREATIE VAN GOEDE ZORG IN THEORIE	39
2 Goede zorg (het denken van Tronto)	40
2.1 Inleiding	40
2.2 Zorg en goede zorg	41
2.2.1 Vier fasen met bijbehorende ethische elementen	41
2.2.2 Vijf cruciale aspecten	43
2.2.3 Wat is geen goede zorg	45
2.3 Zorg in instituties	46
2.3.1 Zeven waarschuwingstekens	47
2.3.2 De ideale situatie	48
2.4 Zorg en democratie	49
2.4.1 Pleidooi tegen het neoliberalisme	50
2.4.2 Caring with	51
2.4.3 Democratische politieke visie	52
2.4.4 Feministische democratische zorgethiek	54
2.5 Slotbeschouwing over het denken van Tronto	60
3 Goed leven (het denken van Ricœur)	65
3.1 Inleiding	65
3.2 Persoonlijke identiteit en narratieve identiteit	67
3.2.1 Karakter als het <i>wat</i> van het <i>wie</i>	68
3.2.2 Je houden aan een belofte	69
3.2.3 Beschouwing: de temporele dimensie in de praktijk	70
3.3 Het zelf en de narratieve identiteit	71
3.3.1 Plot en lot	71
3.3.2 Verhalen als experimenteerruimte voor het echte leven	72
3.3.3 Praktijken en levensplannen	73
3.3.4 Verhalen en het echte leven	75
3.3.5 Hier ben ik!	76
3.3.6 Beschouwing: de betekenis van verhalen	78
3.4 Het zelf en de ethische gerichtheid	80
3.4.1 Goed leven	80
3.4.2 Met en voor anderen	82
3.4.3 In rechtvaardige instituties	85
3.4.4 Beschouwing: de relatie tussen identiteit, zorg en macht	86

3.5 Het zelf en de morele norm	89
3.5.1 Autonomie	89
3.5.2 De Gulden Regel	91
3.5.3 Van het gevoel naar het principe van rechtvaardigheid	94
3.5.4 Deontologie is geworteld in teleologie	96
3.5.5 Beschouwing: normen en eigen verantwoordelijkheid	97
3.6 Het zelf en praktische wijsheid: overtuiging	99
3.6.1 Tragedie als wijze les	100
3.6.2 Conflicten op het niveau van instituties en politieke praktijken	101
3.6.3 Conflicten op het niveau van goed leven met en voor anderen	105
3.6.4 Conflicten rondom autonomie	109
3.6.5 Afronding van de “kleine ethiek”	114
3.6.6 Beschouwing: de waarde van conflicten	116
3.7 Naar wat voor ontologie?	120
3.7.1 Het zijn van het zelf in relatie tot hetzelfde en het andere	121
3.7.2 Beschouwing: het belang van de geraaktheid door de ander/het andere	125
3.8 Slotbeschouwing over het denken van Ricœur	127
4 Goed werk (het denken over normatieve professionalisering)	135
4.1 Inleiding	135
4.2 Ontwikkeling van het discours over normatieve professionalisering	136
4.3 Reflecteren, leren en kennis	140
4.3.1 Het belang van reflectie in de praktijk	140
4.3.2 Leren in organisaties	146
4.3.3 Modus-drie kennis	156
4.4 De existentiële en politieke betekenis van werk	159
4.5 Slotbeschouwing over het denken over normatieve professionalisering	164
5 Co-creatie van goede zorg	170
5.1 Inleiding	170
5.2 Zorg	170
5.3 Goede zorg	173
5.4 Co-creatie	179
5.5 Afronding van deel I en vooruitblik naar deel II	184
<b>CO-CREATIE VAN GOEDE ZORG IN DE PRAKTIJK</b>	185
6 Goede zorg en goed werk in de praktijk	186
6.1 Inleiding	186
6.2 Respondenten (deelonderzoek interviews)	186
6.2.1 Selectie van de respondenten	186
6.2.2 Beschrijving van de respondenten en de organisaties waar zij werken	188
6.3 Verantwoording van de onderzoeksmethode (deelonderzoek interviews)	189
6.3.1 De interviews	189
6.3.2 De analyse	191
6.4 Resultaten	192
6.4.1 Goede zorg	193
6.4.2 Goed werk	200

6.5 Beschouwing	214
6.5.1 Zelfstandigheid: voorwaarde voor co-creatie en neoliberaal ideaal	214
6.5.2 Ruimte voor afstemming en conflict: wederkerigheid en begrenzing	217
6.5.3 De professional als instrument	220
6.5.4 Verantwoording en verantwoordelijkheid	223
6.6 Conclusie	225
7 Moreel beraad in theorie	228
7.1 Inleiding	228
7.2 Wat is moreel beraad	229
7.3 Doelstellingen van moreel beraad	232
7.4 Effecten van moreel beraad	234
7.5 Voorwaarden voor moreel beraad	236
7.6 Moreel beraad als basis voor moresprudentie	238
7.7 Conclusie	240
8 Moreel beraad in de praktijk	243
8.1 Inleiding	243
8.2 Het Moresprudentieproject	244
8.2.1 Bedoeling en werkwijze van het Moresprudentieproject	244
8.2.2 Stappenplan voor moreel beraad van het Moresprudentieproject	247
8.2.3 Verzameling en analyse van verslagen van moreel beraad	252
8.3 Wat raakt je?	256
8.3.1 Werkwijze	256
8.3.2 Resultaten	256
8.3.3 Beschouwing: geraaktheid en ‘co-creatie van goede zorg’	258
8.3.4 Conclusie	261
8.4 Mogelijkheden: welke alternatieven ziet men tijdens moreel beraad?	262
8.4.1 Werkwijze	262
8.4.2 Resultaten	263
8.4.3 Beschouwing: mogelijkheden en ‘co-creatie van goede zorg’	277
8.4.4 Conclusie	279
8.5 Uitvoering: is de gekozen mogelijkheid gerealiseerd?	279
8.5.1 Werkwijze	279
8.5.2 Resultaten en beschouwing: is dit ‘co-creatie van goede zorg’?	280
8.5.3 Conclusie	286
8.6 Nakaarten: de opbrengst van het moreel beraad	286
8.6.1 Werkwijze	286
8.6.2 Resultaten	286
8.6.3 Vergelijking met ander onderzoek naar de opbrengst van moreel beraad	294
8.6.4 Conclusie	301
8.7 Evalueren: terugblik op het moreel beraad	302
8.7.1 Werkwijze	302
8.7.2 Resultaten	303
8.7.3 Vergelijking met ander onderzoek over de evaluatie van moreel beraad	308
8.7.4 Conclusie	318
8.8 Conclusie naar aanleiding van de analyse van moreel beraad verslagen	319

9 Bevindingen	322
9.1 Antwoord op de centrale onderzoeksvraag	322
9.2 Kritische terugblik op het onderzoek	323
9.3 Opbrengst van het onderzoek	326
9.3.1 Uitkomsten met relevantie voor de praktijk	326
9.3.2 Uitkomsten met relevantie voor de wetenschap	330
9.3.3 Leerrendement voor mijzelf als normatieve professional	332
Samenvatting	335
Summary	348
Bibliografie	361
Bijlagen	378
Bijlage 1   Verantwoording van het empirisch onderzoek	378
Bijlage 2   Overzicht respondenten interviews	383
Bijlage 3   Beschrijving coderingsproces interviews	384
Bijlage 4   Beschrijving analyse-proces moreel beraad verslagen	388
Bijlage 5   Beschrijving onderzoek praktijkopdracht moreel beraad MANP	402

## Voorwoord

De wijze waarop de tekst in dit boek is ontstaan, lijkt op hoe ik meestal bezig ben met een breiwerk: ik maak nooit iets volgens een uitgeschreven patroon. Ik bedenk welke kleuren en steken ik voor een trui (of een sjaal of een muts) wil gebruiken en begin dan met een proeflapje. Hooguit zoek ik in een breigids een model, een telpatroon of maten die passen bij wat ik voor een specifieke persoon wil gaan maken. Zo werkte ik ook aan dit proefschrift: het was duidelijk voor wie ik het maakte, ik had een globaal idee van hoe het eruit moest gaan zien en ik wist welke modellen en patronen bruikbaar zouden kunnen zijn. Maar ik had nog niet al het materiaal klaarliggen en ik wist ook nog niet precies hoe makkelijk of lastig bewerkbaar het beschikbare materiaal zou zijn. Toch begon ik gewoon. Sommige stukken waren gelijk goed, andere heb ik heel vaak uitgehaald, om er dan daarna, net even anders, weer opnieuw aan te beginnen. Als ik twijfelde of het wel goed was, legde ik het een tijdje opzij; in de tussentijd begon ik dan aan een ander stuk. Voor de mensen in mijn directe leef- en werkomgeving leek het soms misschien meer op bezigheidstherapie dan op een serieuze doelgerichte actie, maar uiteindelijk is het toch iets geworden.

Het is geen toeval dat ik het schrijven van dit proefschrift vergelijk met het breien van een kledingstuk. Lezen, leren en studeren gaat beter wanneer ik tegelijkertijd een breiwerk onder handen heb: breien heeft een positief effect op mijn brein. Door de afwisseling van hoofd- en handwerk ontstaat ruimte waar nieuwe en reeds aanwezige inzichten in elkaar kunnen haken en waarin ik antwoorden op trage vragen vind. Breien is een – vaak onderschatte – vorm van ambachtelijkheid die (net als bijvoorbeeld kleren naaien, meubels maken en gitaarspelen) veel oefening en geduld vergt. Het ermee-bezig-zijn is minstens zo waardevol als het eindproduct. Dat gold ook voor mijn promotieonderzoek. Net als in een breiwerk zijn hierin verschillende losse draden met elkaar verbonden waardoor een nieuw geheel ontstaan is. Een belangrijke rode draad is verknoopt met het bijvoeglijk naamwoord ‘normatieve’. Toen ik in 1988 afstudeerde als theoloog aan de Rijksuniversiteit Utrecht was mijn hoofdvak normatieve filosofie; door de colleges van Henk Manschot kreeg ik plezier in het bestuderen van filosofische teksten en leerde ik kritisch denken. En nu promoveer ik op het gebied van de normatieve professionalisering. Het woord ‘normatieve’ was en is (ondanks – of misschien wel dankzij? – een enigzins negatieve bijklank) de kritische factor die me steeds weer naar het pad van de sociale ethiek en de politieke filosofie leidt, waar mijn professionele identiteit zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld.

Als docent ethiek op de HBO-V, in het laatste decennium van de twintigste eeuw, kwam ik erachter dat klassieke ethische theorieën vaak heel ver verwijderd zijn van de normen en waarden die richting geven aan het handelen ‘aan het bed’. Daardoor zagen veel collega-docenten en opleidingsmanagers de relevantie van het vak ethiek voor verpleegkundestudenten niet zo goed. Terwijl de zorgverleners en managers die ik tegenkwam in organisaties waar ik heenging als begeleider van studenten, zodra ik

mijzelf voorstelde als docent ethiek, juist altijd gelijk begonnen te vertellen over de vele ethische kwesties waarmee ze werden geconfronteerd en benadrukten hoe belangrijk aandacht voor deze dimensie van het werk is. Het werd mijn ‘missie’ om te zoeken naar manieren waarop theorie en praktijk dichter bij elkaar konden komen, zodat mensen in hun werk en in de samenwerking wat aan ethiek zouden hebben. Dat probeerde ik in het eerste decennium van de eenentwintigste eeuw als organisatieadviseur. Vanuit het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht (CBG, nu Ethiek Instituut) van de Universiteit Utrecht en bij Zorg Consult werkte ik, samen met collega’s met verschillende beroepsachtergronden, aan de meest uiteenlopende projecten in tientallen Nederlandse zorgorganisaties. Daar kwam ik erachter dat waarden meer betekenis hebben dan indicatoren en targets, als het gaat om handelen dat gericht is op goede zorg, goed werk en goede samenwerking. Ik leerde dat naast vakmanschap ook vertrouwen een essentieel element is van goede zorg en goed werk, maar ik merkte dat vertrouwen in de praktijk vaak ontbreekt. Wat ik zag gebeuren in organisaties onderstreepte wat ik op basis van theorie eigenlijk al wist: dat ethiek te maken heeft met politiek. Bij elke behandel- of beleidsbeslissing (zowel op het micro-, als op het meso- en macroniveau) spelen namelijk naast normatieve opvattingen ook altijd machtsposities een rol. In de dagelijkse communicatie tussen betrokkenen wordt dit niet of nauwelijks geëxpliciteerd. Maar in vergaderingen van ethische commissies, bij reflectiebijeenkomsten op de werkvloer en tijdens ‘heidagen’ met managementteams, merkte ik dat het heel zinvol is als mensen juist wél benoemen welke waarden en normen er vanuit hún perspectief toe doen. Ze gaan elkaar dan beter begrijpen. Bovendien worden zij zich bewust van de positie die ze zelf innemen in een concrete probleemsituatie en van hun eigen vermogen om daarin veranderingen teweeg te brengen. In het boek *Tijd voor reflectie* hebben Dorine Bauduin en ik, op basis van onze eigen ervaringen met verschillende vormen van ethische reflectie en moreel beraad in zorgorganisaties, laten zien dat (en hoe) dit werkt. De socratische benadering, die ik al van Jos Kessels kende uit de tijd dat ik op de HBO-V werkte, was daarbij een belangrijke inspiratiebron. Concrete voorbeelden bleken goed bruikbaar om ethiek naar de praktijk te brengen, op een manier die herkenbaar en navolgbaar is voor professionals, managers en cliënten in die praktijk. Maar ik wilde ook van de praktijk weer terug naar de ethiek en daarom begon ik aan een promotieonderzoek. Mijn prille gedachten daarover kwamen in een stroomversnelling toen ik in 2006, tijdens de Derde Landelijke Werkconferentie Moreel Beraad in Leusden, Harry Kunneman (destijds hoogleraar sociale en politieke theorie aan de Universiteit voor Humanistiek) hoorde spreken. Hij nodigde zijn publiek uit om onderzoek te doen naar normatieve professionalisering in zorgorganisaties. Zijn metaforen – hij had het over lantaarnpalen en kampvuurtjes en overspringende vonken – illustreerden wat ik meemaakte in zorgorganisaties en dus nam ik zijn uitnodiging aan. Zo startte tien jaar geleden het proces waarvan dit boek het product is. Omdat gaandeweg steeds duidelijker werd dat de filosofische insteek die ik koos niet goed paste bij de resultaatgerichte dynamiek van het organisatieadvieswerk, nam ik in 2008 ontslag bij het bureau waar ik werkte. Bij de Masteropleiding Advanced Nursing Practice aan de Hogeschool Utrecht kon ik aan de slag als docent ethiek en Lia van Doorn, die net in dat jaar aan diezelfde hogeschool lector Innovatieve Maatschappelijke Dienstverlening



was geworden, nodigde me uit om aan te sluiten bij haar kenniskring. In beide werkomgevingen vond ik inspirerende collega's, waardevolle contacten met professionals uit de praktijk van de zorg en het sociaal werk en veel ruimte om mijn ideeën verder te ontwikkelen, in de rol van docent, supervisor en onderzoeker. In materiële zin ondersteunde de HU dit door toekenning van een promotievoucher. Ook aan de Universiteit voor Humanistiek, waar ik in 2011 startte als PhD-student in de Graduate School, trof ik een goed gezelschap. Binnen deze Social Sciences and Humanities universiteit wordt gewerkt aan het ontwikkelen van wetenschap die bijdraagt aan "een humane en duurzame samenleving waarin alle mensen een zinvol leven kunnen leiden" ([www.uvh.nl](http://www.uvh.nl)). Samen met mijn 'peergroep' – Antoinette Bolscher, Jeroen Zomerplaag, Yvonne van Gilse (wier vroegtijdig overlijden niet alleen voor onze groep, maar ook voor veel mensen in de praktijk van cliënten- en zorgorganisaties een groot verlies was) en Eric van der Vet – ontdekte ik wat het betekent om een promotieonderzoek te doen in je eigen (net)werk en hoe je daarbij zelf (als mens en als professional) op het spel komt te staan. In de contacten met andere promovendi en reeds gepromoveerden – onder andere in het 'Philosophical Methodology Lab' van het 'NP-cluster' en in het platform normatieve professionalisering – ontstonden waarde(n)volle verbindingen tussen verschillende praktijkdisciplines en wetenschappelijke benaderingen waar ik in mijn onderzoek op voort kon bouwen.

Zonder co-creatie in allerlei contexten had dit onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Het co-creatie-proces waarvan dit proefschrift het eindproduct is begon allang voordat ik nog maar een flauw idee had van de uiteindelijke inhoud. Heel veel mensen speelden daarbij een rol, sommigen zonder dat ze dat zelf in de gaten hadden. Studenten en docenten, collega's en co-onderzoekers op diverse werkplekken, professionals met uiteenlopende beroepsachtergronden, managers, beleidsmedewerkers, directeuren en bestuurders in organisaties op het gebied van de zorg en het sociaal werk, patiënten en cliënten en hun verwanten, mensen uit mijn persoonlijke leefomgeving: iedereen met wie ik ooit op de één of andere manier van gedachten heb gewisseld over de vragen 'wat is goede zorg?' en 'hoe zorg je voor goede zorg?'. Alle verschillende perspectieven die tijdens zulke gesprekken werden ingebracht, hebben mijn inzichten gevormd en aangescherpt. Een aantal personen wil ik hier met name noemen en bedanken voor hun bijdrage.

Allereerst Harry Kunneman en Lia van Doorn. Harry hielp mij in de afgelopen tien jaar niet alleen bij het ontwarren van allerlei kluwens en het zoeken naar rode draden, maar werkte ook net zo hard om al die verschillende rode draden weer door elkaar te gooien waardoor nieuwe knopen ontstonden zodat ik lekker bezig bleef. Het was een voorrecht om hem als promotor te hebben. Lia gaf (en geeft) mij niet alleen de ruimte en het vertrouwen, maar ook de waardering die nodig is om goed werk te kunnen doen. Ik hoop nog jaren met haar en haar team te mogen samenwerken.

Dankzij mijn collega's van de HU ervaar ik zelf al vele jaren wat goed werk en goede samenwerking (en ook: goede zorg) is. Zonder Ellen Grootoink zou het Mores prudentieproject, waarop een groot deel van mijn empirische onderzoek is

gebaseerd, niet zo succesvol zijn geweest en veel minder leuk om aan te werken. In de gesprekken die wij voerden, lichtten steeds andere thema's op; zij behoedde mij voor eenzijdigheid. In het Moresprudentieteam openden Aly Gruppen en Michel Jansen nog meer nieuwe perspectieven. De laatste was eerder bij de afdeling verpleegkunde op de Faculteit Gezondheidszorg ook al een collega waar ik veel mee deelde; mede dankzij zijn aansporing "en nu jij!" ligt hier dit boek. De samenwerking met Sabrina Keinemans, Ed de Jonge, Peter Hendriks en Raymond Kloppenburg binnen het lectoraat IMD maakt van elk onderzoeksproject een nieuwe spannende ontdekkingsreis. Zij zijn ideale sparringpartners wanneer het gaat over ethiek en methodiek of over professionaliteit en identiteit. En wanneer het gaat over leren en positioneren in de praktijk, heb ik veel aan mijn collega's binnen het MANP-team. In verband met de inhoud van dit proefschrift bedank ik Lia van Straalen en Jean-Jacques Georges, met wie ik werkte aan een empirisch onderzoek naar het leereffect van de praktijkopdracht over moreel beraad voor verpleegkundig specialisten in opleiding. Daarnaast heb ik veel zinvolle inzichten te danken aan gedachtenwisselingen met andere collega's (in het MANP-team, in het post HBO- en het MZO-team en in de Journalclub Ethiek, reflectie en professionaliteit). Ook de leergierigheid en het enthousiasme van de studenten is hier het vermelden waard. Dankzij hen ga ik elke week weer met plezier naar mijn werk. Mijn ex-collega Aty Jansen liet, vanaf de allereerste dag dat ik op de HBO-V ging werken (in 1989), zien wat een goede verpleegkundige is: iemand die 'goed leven, met en voor anderen' in de praktijk brengt. Mijn leidinggevende Riet van Dommelen geeft fantastisch leiding aan normatieve professionals; faciliteren en betrokkenheid zijn daarbij sleutelwoorden. De directies van het Instituut voor Verpleegkundige Studies en de Faculteit Gezondheidszorg hebben mij gesteund door uitbreiding van mijn aanstelling mogelijk te maken.

Verder zijn er allerlei mensen die geen directe collega's zijn, maar waarmee ik in de afgelopen jaren toch nauw heb samengewerkt in het kader van mijn promotieonderzoek. De medewerking van professionals, managers en andere functionarissen uit de tien organisaties die deelnamen aan het Moresprudentieproject heeft veel voor mij betekend. Vooral op de samenwerking met Tobias Nieveld en Modita Heynen, de beleidsmedewerkers van de organisaties waar ik professionals, cliënten en managers kon interviewen, kijk ik heel tevreden terug. Beiden waren niet alleen zeer behulpzaam bij de regelklussen, maar ze dachten ook enthousiast mee over de inhoud van het onderzoek. Sarah Banks, professor aan Durham University en 'critical friend' van het lectoraat IMD, ben ik dankbaar voor haar feedback op de Engelse samenvatting van dit proefschrift. René Butter van het lectoraat Methodologie van Praktijkgericht Onderzoek (HU) gaf waardevolle tips met betrekking tot het empirisch onderzoek. De leden van het Platform Moreel Beraad, dat in 2004 ontstond na een invitational conference over 'ethiek in de instelling' op het Ministerie van VWS, dank ik voor de discussies en dialogen die mijn denken hebben verrijkt. Twee drijvende krachten achter dit initiatief wil ik in het bijzonder noemen omdat ik ze al sinds het jaar 2000 steeds weer tegenkom op plaatsen waar het gaat over de thema's die in dit proefschrift centraal staan. Met Bert Molewijk had ik het al over de waarde van casusbesprekingen over ethische kwesties op de werkvloer toen

wij allebei nog bij het CBG werkten. Zijn enthousiasme voor het onderwerp is, net als het mijne, nog steeds onverminderd, zo bleek uit de vele publicaties waarin ik zijn naam tegenkwam. Hans van Dartel weet vanuit zijn verpleegkundige en filosofische invalshoek altijd mooi te vertellen hoe ethiekbeleid in zorgorganisaties eruit zou moeten zien; ik luister graag naar zijn scherpe analyses. Ook in een ander netwerk trof ik mensen die, elk op hun eigen manier, bezig waren zorgethiek in de praktijk te brengen. De uitwisseling van kennis en ervaringen met (onder andere) Hans Tenwolde, Marianne Waling, Marie-Josée Smits, Marcelle Mulder, Dominicus de Vries, Nel Bartlema, Ger Palmboom en andere ‘zippers’ was waardevol vanwege de veelheid aan perspectieven. Inmiddels zijn beide netwerken opgegaan in – c.q. ‘getransformeerd’ tot – het Netwerk Ethiekondersteuning Nederland (NEON); ik hoop dat de gedachten die ik in dit boek heb opgeschreven via co-creatie in deze context verder doorontwikkeld kunnen worden.

Tenslotte noem ik hier de mensen die geen rol spelen in mijn werk, maar wel in de rest van mijn leven. Zij laten mij ervaren wat Ricœur bedoelt als hij schrijft over goed leven ‘met en voor anderen’. Ze maken deel uit van mijn identiteit en zijn daarom ook van betekenis in verband met de totstandkoming van dit proefschrift. Mijn ouders gaven mij de ruimte om me op mijn eigen wijze te kunnen ontwikkelen; het is jammer dat mijn vader niet meer kan meemaken wat het resultaat van mijn onderneming is, maar mijn moeders trots telt voor twee. En hoewel ik het contact met mijn broer Berry, mijn zus Dymph, en mijn vriendinnen Jackie, Hannie, Anja en Renske in de afgelopen jaren wel enigszins verwaarloosd heb, weet ik dat zij er voor mij zijn, zoals ik er ook voor hen ben. Met het vrouwenkoor Bianca C. beoefen ik al meer dan 18 jaar een muzische vorm van ambachtelijkheid. Ik vind er niet alleen aangenaam gezelschap en een welkome afwisseling met al het denkwerk; ik leerde er ook van Fred dat het net zo belangrijk is om goed te luisteren als om je mond op het juiste moment open te doen. Door Bram en Ida Meijlink, mijn kinderen, ben ik gaan zien hoe onmisbaar verhalen zijn in verband met identiteitsontwikkeling; momenteel zie ik aan hen ook hoeveel levensvreugde vakkundigheid verschaft. Last but not least: Kees Meijlink. Als vakgenoot was en is hij al meer dan 30 jaar mijn belangrijkste begeleider. Tijdens onze wandelingen en aan de keukentafel, met een kop koffie of een glas wijn, voeren wij goed-werk-gesprekken en oefenen we ons in kritisch denken. Wat goede zorg voor mij is weet hij als geen ander. En nu de kluwen waar ik de afgelopen tien jaar in verstrikt zat eindelijk is ontward, kom ik uit mijn zolderkamer en gaan we samen verder met goed leven.

Utrecht, oktober 2016

# 1 Introductie

## 1.1 Inleiding en vraagstelling

*Moeten verpleegkundigen patiënten altijd separeren wanneer zij agressief worden? Kun je iemand met een verstandelijke beperking zelfstandig zijn geld laten beheren? Mag een gezinsvoogd die zich zorgen maakt over de veiligheid van een kind contact opnemen met de GGZ-instelling waar de moeder onder behandeling is? Kan een maatschappelijk werker elke week opnieuw weer aanbellen bij de cliënt die meestal weigert de deur open te doen? Moet er wel bezuinigd worden op personeel als de kwaliteit van zorg toch al te wensen overlaat? Mag een Raad van Bestuur burgerlijk ongehoorzaam zijn als nieuwe wetgeving nadelige gevolgen voor cliënten of medewerkers kan hebben?*

Met dit soort vragen werd ik in de afgelopen vijftientig jaar geconfronteerd. Ik besprak casuïstiek met verpleegkundigen, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers, met hun leidinggevenden en bestuurders, met beleidsmedewerkers van (zorg)organisaties en gemeenten en met patiënten en cliënten en/of hun familieleden. Ik begeleidde gesprekken op de werkvloer in organisaties – vaak in de vorm van moreel beraad – waarin teams, professionals, beleidsmedewerkers en managers, reflecteerden over vragen als ‘wat is goede zorg?’ ‘wat is goed werk?’ en ‘wat is goede samenwerking?’.

Het zijn vragen die men meestal aanduidt als ‘morele’ of ‘ethische’ vragen, omdat er naast methodische, juridische, financiële, economische of organisatorische aspecten ook altijd waarden en normen in het geding zijn wanneer men zich afvraagt wat goed is. De zelfstandige naamwoorden ‘moraal’ en ‘ethiek’ en de bijvoeglijke naamwoorden ‘moreel’, ‘morele’, ‘ethisch’ en ‘ethische’ worden over het algemeen vaak door elkaar gebruikt. De etymologische wortels van beide woorden – εθος (Grieks) en ‘mos’ (Latijn, meervoud: ‘mores’) – betekenen dan ook hetzelfde: zede, gewoonte of gebruik. In Nederlandse leerboeken voor (aanstaande) professionals op het gebied van de zorg en het sociaal werk wordt echter vaak een formeel onderscheid gemaakt. Het woord ethiek duidt dan de filosofische subdiscipline aan waarbinnen men zich bezighoudt met wetenschappelijke of systematische studie van moraal<sup>1</sup>; moraal verwijst naar de normen en waarden die richtinggevend zijn voor het handelen van mensen binnen een bepaalde groep of cultuur. In het Engels duidt ‘ethics’ als algemene term meestal zowel ‘ethical theory’ als ‘morality’ aan (Beauchamp & Childress, 1994, p. 5). De Franse filosoof Ricœur brengt in zijn boek *Soi-même comme un autre* (1990) een ander accentverschil aan tussen de woorden ethiek en moraal. Zijn interpretatie is in verband met de vragen die in mijn onderzoek centraal staan zowel

---

<sup>1</sup> Jean-Pierre Wils (2007) formuleert het nauwkeuriger op p. 104 in het *Lexicon van de ethiek*: “Ethiek is de filosofische of theologische theorie van het morele handelen, oftewel: van het menselijk handelen gerelateerd aan de twee basis-verschillen juist/verkeerd en goed/kwaad”. Volgens het woordenboek is ethiek: “praktische wijsbegeerte die handelt over de zedelijke begrippen en gedragingen, over wat goed en kwaad is” (Van Dale, 1995, p. 802).

verhelderend als relevant. Ricœur verbindt de Aristotelische teleologische traditie (het denken over ‘het goede’) met de deontologie van Kant (het denken over ‘het juiste’). Hij reserveert de term ethiek voor de gerichtheid op een goed leven en de term moraal voor de uitdrukking van die gerichtheid in normen met een universele pretentie en een verplichtend karakter (Ricœur, 1990, p. 200). In zijn visie is moraal niets anders dan “een beperkte, maar wel legitieme en zelfs onmisbare verwezenlijking van de ethische gerichtheid” (Ricœur, 1990, p. 201). Ethische gerichtheid omschrijft Ricœur als “het streven naar een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties” (Ricœur, 1990, p. 202). Volgens Ricœur heeft ethiek het primaat over moraal maar tegelijkertijd stelt hij dat ethiek niet zonder moraal kan. Mensen hebben namelijk bij hun streven naar een goed leven ook de vrijheid om voor het kwade te kiezen en daarom is “de zeef van de norm” (Ricœur, 1990, pp. 200-201) nodig. Wanneer universele normen en plichten echter leiden tot situaties waarin geen antwoord kan worden gevonden of zelfs een conflict tussen normen optreedt is een terugkeer naar de ethische gerichtheid nodig. Om te komen tot praktische wijsheid, in de zin van een weloverwogen oordeel over wat het goede is om te doen in een concrete situatie, is zorgvuldige beraadslaging nodig, waarin de ervaringen van betrokkenen in de specifieke context worden gewogen en hun overtuigingen aan een kritische reflectie worden onderworpen. Vanuit dit perspectief kunnen de vragen naar goede zorg, goed werk en goede samenwerking uit de praktijk van de zorg en het sociaal werk waarmee ik dit hoofdstuk opende, worden begrepen als ethische vragen. Ze gaan namelijk niet alleen over normen en plichten, maar hebben ook een existentiële en een politieke dimensie: ze gaan over goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties. In mijn beroepspraktijk hoorde ik niet alleen ethische vragen aan: ik ging ook, in theorie en in de praktijk, mee op zoek naar antwoorden op deze vragen. Hoewel ik zelf geen directe (zorg)verantwoordelijkheid draag voor een patiënt die dreigt zich te suïcideren – of voor een cliënt die haar kinderen verwaarloost, of voor een afdeling waar een conflict tussen teamleden de samenwerking belemmert, of voor een organisatie waar nieuwe bekostigingsmaatregelen leiden tot een gat in de begroting<sup>2</sup> – beschouw ik het wel als mijn (professionele en maatschappelijke) verantwoordelijkheid om de ethische vragen die ontstaan in zorgpraktijken te signaleren en kritisch te volgen. Omdat ik als docent ethiek namelijk over de mogelijkheid én over de kennis en de vaardigheden beschik om mensen in de praktijk te ondersteunen bij het vinden van antwoorden op deze vragen. Als gesprekspartner van professionals en managers in de praktijk van de zorg en het sociaal werk zie ik voortdurend dat er heel veel verschillende antwoorden mogelijk zijn. Ook merk ik dat mensen (of ze nu professional zijn, of manager, dan wel in een andere functie betrokken zijn bij zorg en ondersteuning) het antwoord meestal niet in hun eentje kunnen vinden. Dit komt slechts zelden door een gebrek aan kennis of vaardigheden; de oorzaak is meestal dat men de situatie niet goed vanuit het perspectief van andere betrokkenen kan zien. Daarom werd een jaar of tien geleden vaak gesproken over een ‘kloof’ tussen managers en professionals. Regelmatig werd er een appèl op mij gedaan om te helpen bij het overbruggen van deze kloof; ik nam de uitdaging graag aan. Daarbij was ik mij

---

<sup>2</sup> Alle voorbeelden uit de praktijk die ik hier en verder in dit boek gebruik zijn afkomstig uit gesprekken over ethische vragen op de werkvloer in organisaties en/of in lessen met studenten waarbij ik zelf aanwezig was.

er terdege van bewust, dat ik, ondanks mijn kennis over ethiek en mijn ervaringen met professionals en managers in de praktijk, nooit het ‘verlossende woord’ kan spreken<sup>3</sup>, want ethici hebben nu eenmaal niet het “alleenrecht op wat goed en fout is” (van den Hoven, van der Scheer & Willems, 2010, p. 9). Mijn perspectief is er één te midden van vele andere en het is niet meer of minder waar(d). Ik kan helpen bij het analyseren van opvattingen over wat wel en niet goed is om te doen en bij het structureren van een gesprek daarover met betrokkenen in een concrete situatie. Maar als ik wil helpen bij het vinden van antwoorden op de ethische vragen waarmee beroepsbeoefenaars in de praktijk van de zorg en het sociaal werk worden geconfronteerd, moet ik zelf naar die praktijk toe. Morele overtuigingen hangen namelijk samen met (en ontwikkelen zich in) de omgeving waarin mensen leven en werken: “morality is something we do together” (Verkerk, M.A. et al., 2004, p. 32)<sup>4</sup>. Daarom kunnen morele oordelen nooit los worden gezien van een concrete situatie. Om deze redenen koos ik voor “embedded” (Hilhorst, 2010, p. 188)<sup>5</sup> ethiekbeoefening. In de rol van docent, en ook als onderzoeker en als organisatieadviseur, was en ben ik nooit alleen ‘waarnemer’ maar ook altijd ‘deelnemer’ in de praktijken waar ethische vragen ontstaan (zie van Dartel, 2012, p. 60). Ethiek wordt niet voor niets praktische filosofie genoemd: het gaat over wat het goede is om te doen en te laten en dat kan nooit los van een concrete praktijk worden bepaald. Als normatieve professional kan ik daarom niet aan de zijlijn blijven staan van het (vaak moerassige<sup>6</sup>) veld waarin degenen die ik opleid of begeleid – professionals en managers in de zorg en het sociaal werk – zich bevinden. Dat betekent concreet dat ik mij in de afgelopen jaren zelf als docent en als gespreksbegeleider op de werkvloer in organisaties bemoeide met morele dilemma’s op een aantal vakgebieden (Bauduin & Kanne, 2009; Hopia, Lottes, & Kanne, 2016); dat ik mij als onderzoeker verdiepte in ethische vragen die ontstaan rondom specifieke cliëntengroepen (Keinemans & Kanne, 2010; van Doorn & Kanne, 2012); en dat ik als organisatieadviseur zocht naar overeenkomsten en verschillen in de waarden en normen die richting geven aan het handelen van professionals en managers in organisaties (Kanne, 2008) en naar de betekenis van waarden in mission statements van zorgorganisaties (Kanne & van Wijngaarden, 2004). Naarmate ik vaker en intensiever betrokken was bij reflectie op goede zorg in organisaties (tegenwoordig wordt dit vaak moreel beraad genoemd), ontdekte ik dat zulke gesprekken van grote betekenis kunnen zijn, zowel voor de deelnemers persoonlijk als binnen de organisatorische context. Maar ook, dat de waarde hiervan in de praktijk nog vaak wordt onderschat. Dit vormde de aanleiding voor het promotieonderzoek waar dit boek verslag van doet.

### *Onderzoeksvragen*

Omdat ik gedurende de looptijd van het onderzoek werkzaam was in verschillende functies, bij verschillende (soorten) organisaties, verschoof het accent van mijn

---

<sup>3</sup> Hoewel zowel studenten als professionals en managers in de praktijk dit vaak wel verwachten.

<sup>4</sup> Dit stelde Dewey overigens een eeuw eerder ook al (zie Hartman, 2011; van der Scheer, 2005).

<sup>5</sup> Hilhorst (2010, p. 188) refereert aan een opmerking van Schermer; zij ontleende de term aan het voorbeeld van journalisten die zich in oorlogsomstandigheden begeven.

<sup>6</sup> Voor een verklaring van deze aan Schön ontleende beeldspraak, zie § 4.3.1.

onderzoeksvragen in de loop der tijd. Aanvankelijk waren deze vooral geformuleerd vanuit het perspectief van organisaties als geheel, later kwamen individuele professionals en specifieke beroepsgroepen meer in beeld. Toen ik in 2006 begon met vooronderzoek was ik werkzaam als organisatieadviseur. Mijn aandachtsgebied was ethiek in de zorg. Ik vroeg mij onder andere af, of (en hoe) zichtbaar zou kunnen worden gemaakt dat ethiek niet alleen een gespreksonderwerp is voor de ethische commissie, maar iets dat op alle niveaus in zorgorganisaties een rol zou moeten spelen, vanwege het feit dat het ruimte maakt om in te gaan op de existentiële en politieke dimensie van het werk. Het leek me toen belangrijker om ervoor te zorgen dat er in organisaties over ethische vragen kan worden gesproken, dan om te onderzoeken wat er nu precies wordt besproken. Ik hoopte daarmee bij te kunnen dragen aan betere samenwerking tussen mensen die in (zorg)organisaties op verschillende posities, in verschillende functies en met verschillende beroepsachtergronden, werken aan het realiseren van zorg voor patiënten en cliënten. Immers, in de meeste projecten waarbij ik als organisatieadviseur betrokken raakte kwam de ondersteuningsvraag voort uit behoefte aan betere samenwerking in een team of op de afdeling; regelmatig bleek daarbij sprake te zijn van een onderliggend conflict over wat het goede was om te doen in de specifieke situatie. Vanuit deze invalshoek verdiepte ik mij in het gedachtegoed van Wierdsma, die als hoogleraar aan de Business University Nyenrode een visie ontwikkelde op co-creatie in organisaties. Hoewel de ethische dimensie hierbij slechts zijdelings aan de orde komt, sprak het idee van co-creatie mij aan. Ten eerste omdat het aansloot bij inzichten die ik zelf kreeg tijdens (en door) gesprekken over ethische vragen met professionals, managers, cliënten en beleidsmedewerkers in zorgorganisaties. Ten tweede zag ik een verbinding met de theoretische perspectieven van de Ethic of Care en het denken over normatieve professionalisering. In mijn hoofd begon het concept ‘co-creatie van goede zorg’ langzaam vorm te krijgen en ik vroeg mij af of het bruikbaar zou kunnen zijn bij het beantwoorden van ethische vragen in de praktijk.

Nadat ik in 2008 van baan was veranderd kwam moreel beraad in beeld als een mogelijkheid om ‘embedded’ ethiek te bedrijven. In veel zorgorganisaties wilden professionals en/of managers op de één of andere manier aan moreel beraad gaan doen en ik werd regelmatig benaderd om – incidenteel of structureel – zulke bijeenkomsten op de werkvloer te begeleiden. Op de Hogeschool Utrecht wordt moreel beraad als werkvorm gebruikt en ik stimuleer de Masterstudenten aan wie ik les geef – verpleegkundigen, sociale professionals en paramedici – middels een praktijkopdracht om deel te nemen aan moreel beraad wanneer dat plaatsvindt in de organisaties waar zij werken (of om het anders zelf te organiseren in hun team). Sommige studenten zijn binnen hun eigen organisatie al opgeleid tot gespreksleider moreel beraad, zij delen hun ervaringen met collega’s in de les. Als onderzoeker in projecten over morele oordeelsvorming van sociale professionals bij het lectoraat Innovatieve Maatschappelijke Dienstverlening (IMD) merk ik, dat men ook op het gebied van het sociaal werk in toenemende mate geïnteresseerd is in de mogelijkheden van moreel beraad. Uit onderzoek van de groep rondom Guy Widdershoven en Bert Molewijk aan de Vrije Universiteit blijkt dat zorgverleners, zowel op individueel als op teamniveau, door moreel beraad competenties ontwikkelen (onder andere op het

gebied van communicatie, samenwerking en verantwoording) die bijdragen aan betere zorgverlening. Maar ik vermoedde dat veel potentiële mogelijkheden van moreel beraad (als verzamelterm voor overlegvormen waar ethische vragen aan de orde zijn) in de praktijk nog onbenut blijven. Ik vroeg mij af of (en hoe) moreel beraad een rol speelt bij het verhelderen en onderbouwen van morele oordelen van professionals en managers in verband met hun zorg voor patiënten/cliënten. Ik wilde weten of (en hoe) moreel beraad bijdraagt aan normatieve professionalisering en vice versa, omdat ik merkte dat mensen die eraan deelnemen veranderen, als mens en als professional. Ik was benieuwd wat dit betekent voor de wijze waarop zij met en voor anderen zorgen en voor de wijze waarop ik mijn eigen rol als ethiekdocent en facilitator van ethische reflectie in de praktijk invul. Bovendien wilde ik onderzoeken of moreel beraad een praktische toepassing zou kunnen zijn van het (vooralsnog vooral theoretisch georiënteerde) concept ‘co-creatie van goede zorg’ dat ik aan het ontwikkelen was. Zo kwam ik tot de centrale vraagstelling van het promotieonderzoek, waarmee ik in 2011 begon aan de Graduate School van de Universiteit voor Humanistiek:

**Hoe kan ‘co-creatie van goede zorg’ in de praktijk van zorg en sociaal werk worden bevorderd en wat kan moreel beraad daarbij betekenen?**

Deze vraag omvat twee deelvragen:

*Hoe kan ‘co-creatie van goede zorg’ in organisaties voor zorg en sociaal werk worden bevorderd?*

*Wat is de betekenis van moreel beraad in verband met ‘co-creatie van goede zorg’?*

**Onderzoeksdoelen**

De onderzoeksvragen zeggen iets over mijn belangstelling<sup>7</sup>: er klinkt in door wat ik wetenswaardig en belangrijk vind. Maar daaronder ligt ook nog een andere drijfveer, die lastiger in wetenschappelijke termen uit te drukken is en beter kan worden gekarakteriseerd in termen van ‘waardenwerk’<sup>8</sup>. Deze motivatie komt voort uit mijn eigen ervaringen tijdens gesprekken over ethische vragen in de praktijk. In zulke gesprekken word ik regelmatig geraakt door wat mensen elkaar en zichzelf kunnen aandoen; dit leidt nu eens tot een gevoel van zinloosheid en dan weer tot een krachtige ervaring van zin. In de casuïstiek die ter sprake komt hoor ik veel over het kwaad waarmee mensen elkaar treffen (voor voorbeelden: zie hoofdstuk 8). Ik zie de worsteling die beroepsbeoefenaars in de zorg en het sociaal werk doormaken wanneer zij daarmee worden geconfronteerd; ik leef met hen mee en soms word ik er zelf wanhopig van. Het expliciet maken van de ethische gerichtheid die onder het handelen ligt zorgt voor diepgang in zulke gesprekken. Dat klinkt mooi, maar wanneer

<sup>7</sup> De schrijfwijze en de betekenis van dit woord ontleen ik aan Nap (2012).

<sup>8</sup> Het gaat hierbij zowel om het werken aan waarden als het werken vanuit waarden, gericht op werk “dat deugt en deugd doet, tegen de horizon van een meer rechtvaardige en duurzame wereldsamenleving” (Kunneman, 2016a, p. 3).



we onder de oppervlakte kijken zien we ook de lelijke kanten van het menselijk leven en samenleven: het geweld dat zich afspeelt in relaties en de machteloosheid die dit vaak tot gevolg heeft. De veelgebruikte ijsbergmetafoor<sup>9</sup> suggereert weliswaar dat diepgang leerzaam is omdat het leidt tot bewustwording en (daardoor) tot ontwikkeling, maar daarnaast staat de moerasmetafoor<sup>10</sup>, die wijst op de risico's en op de moeizame worsteling die nodig is om boven te komen. Tegelijkertijd voel ik in deze gesprekken heel vaak ook de energie die vrijkomt, wanneer het uitwisselen van gevoelens over gebeurtenissen – en de daarmee gepaard gaande gedachten en het daaruit voortvloeiende gedrag – leidt tot herkenning en verbinding tussen mensen. Deze 'krachtbron' kan bijdragen aan het verminderen van de negatieve invloed van verticale (hiërarchische) machtsverhoudingen op het leven en werken in de praktijk van de zorg en het sociaal werk. Het maakt een morele horizon zichtbaar die als een wenkend perspectief oplicht in de complexiteit van alledag<sup>11</sup>. Daarom wilde ik dit onderzoek doen. Daarmee ga ik twee uitdagingen aan:

Enerzijds wil ik de theorieontwikkeling over de relatie tussen moreel beraad en normatieve professionalisering en vice versa op een hoger plan brengen. Op het gebied van de theorievorming over normatieve professionalisering zouden de resultaten van mijn onderzoek naar moreel beraad nieuwe inzichten kunnen opleveren met betrekking tot opvattingen over individueel en collectief leren in organisaties, in relatie tot de complexiteit van professionele verantwoordelijkheid. Op het gebied van de theorievorming over moreel beraad biedt het normatieve professionaliseringsperspectief mogelijk een nieuw theoretisch kader om effecten van moreel beraad in relatie tot de kwaliteit van zorg te onderzoeken. Bovendien verwacht ik er argumenten te vinden voor nieuwe toepassingsvormen en voor verfijning c.q. aanscherping van reeds bestaande methoden.

Anderzijds hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan ontwikkeling van de praktijk van de zorg en het sociaal werk, door theoretische perspectieven te belichten die tot nu toe in die praktijk naar mijn mening onderbenut zijn gebleven. Het gaat om theorieën waarin zichtbaar wordt dat de ethische vragen die ontstaan in organisaties een existentiële en een politieke dimensie hebben. Voor professionals, managers en beleidsmedewerkers in de praktijk van de zorg en het sociaal werk zouden deze theorieën kunnen dienen als hulpbronnen bij het realiseren van goede zorg en het organiseren van goed werk en goede samenwerking.

Mijn onderzoek heeft dus tegelijkertijd een wetenschappelijk en een maatschappelijk doel: ik wil met dit onderzoek het samen-werken aan goede zorg in organisaties en beroepsgroepen faciliteren, door enerzijds een theoretisch kader te bieden voor werkvormen waarin modus-drie kennis kan ontstaan en anderzijds zelf samen met

---

<sup>9</sup> Het aan McClelland ontleende beeld waarbij gedrag (en kennis en vaardigheden) staan voor de top van een ijsberg, die boven het water uitsteekt, terwijl onder water een veel groter stuk zit, dat bestaat uit zelfbeeld, normen en waarden, persoonlijke eigenschappen en motieven (Lingsma & Scholten, 2007, p. 16; zie ook Keinemans, de Jonge, & Kloppenburg, 2014, p. 14).

<sup>10</sup> Zie hoofdstuk 4.

<sup>11</sup> Zie ook Kunneman (2013b, p. 21).

anderen in die praktijk op basis van dat kader te werken aan ‘co-creatie van goede zorg’. Het theoretische kader bestaat uit de ontwikkeling van het concept ‘co-creatie van goede zorg’. Ik werk dit concept uit op basis van literatuurstudie en empirisch onderzoek, door elementen uit de Ethic of Care van Tronto, de bestaansethiek van Ricœur, en het denken over normatieve professionalisering te verbinden met elkaar en met ervaringskennis van betrokkenen uit de praktijk van de zorg en het sociaal werk. Ik vermoed dat door de verbinding die zo tot stand komt tussen verschillende wetenschappelijke disciplines en praktijkervaringen, duidelijk zal worden dat zowel het geven als het ontvangen van zorg een wezenlijk aspect is van het menselijk leven en samenleven en dat vragen rondom het realiseren van goede zorg daarom meer aandacht verdienen in organisaties en instituties. Het is mijn bedoeling om nieuwe perspectieven te openen op het belang van afstemming, overleg en onderhandeling over ethische vragen in concrete situaties waarbij ik vooral de existentiële en de politieke dimensie in beeld wil brengen. Met het concept ‘co-creatie van goede zorg’ wil ik een begrippenkader aanreiken dat beroepsbeoefenaars in de praktijk van zorg en sociaal werk kunnen gebruiken bij hun positiebepaling ten aanzien van het antwoord op vragen naar goede zorg, goed werk en goede samenwerking. Zo hoop ik een bijdrage te leveren aan versterking van professionele identiteit en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

In de volgende paragraaf schets ik in grote lijnen de context waarbinnen mijn onderzoeksvragen en doelstellingen zijn ontstaan (§ 1.2). Dan volgt een verantwoording van het onderzoeksontwerp en de methodologische keuzen die gemaakt zijn bij de uitvoering van het onderzoek (§ 1.3). Het hoofdstuk eindigt met een leeswijzer voor de rest van het boek (§ 1.4).

## 1.2 De context van het onderzoek

### *Ethische vragen in de praktijk*

Voor beantwoording van de ethische vragen die ontstaan in de praktijk van de zorg en het sociaal werk verwijst men in veel organisaties en beroepsgroepen naar kwaliteitscriteria, protocollen en codes. Dat is efficiënt, zo vertelde mij ooit een bestuurder van een groot ziekenhuis in het oosten van het land: wanneer zorgverleners doen wat er in de regels staat zijn er geen problemen en voor complexe vragen is er altijd nog de ethische commissie. Maar tegenover de grote hoeveelheid richtlijnen en protocollen die in de afgelopen decennia zijn ontwikkeld, staat een minstens even zo groot aantal kwesties waarvan de ethische lading tot heftige discussies leidt. Niet alleen in teams en binnen organisaties, maar ook in de media en soms zelfs in de Tweede Kamer. Beroepscodes werken in de praktijk vaak meer als controle-instrument, of als hefboom voor het verwerven van sociale erkenning van beroepsgroepen, dan als antwoord op concrete vragen (Meulenbergs, Verpeet, Schotsmans, & Gastmans, 2004). Uiteindelijk moet “de afweging of een morele regel in een bepaalde situatie al of niet dient toegepast te worden, dan wel geheel

ondeugdelijk is” (Dupuis, 1987, p. 15)<sup>12</sup> namelijk elke keer opnieuw door professionals zelf worden gemaakt. Dan blijkt steeds dat het nodig is om de situatie vanuit verschillende invalshoeken te bekijken. Want professionals in de zorg en het sociaal werk hebben geleerd dat het leven en welzijn van de patiënt of cliënt<sup>13</sup> altijd voorop staat: “The moral goods as experienced by the patient, although not necessarily advocated by him in an autonomous way, always exist in the moral horizon of the caregiver. Or rather they should exist in his or her horizon<sup>14</sup>” (van der Zande, Baart, & Vosman, 2014, p. 70). Al sinds de Eed van Hippocrates<sup>15</sup> “laten de codes [daarover] geen enkele onduidelijkheid” (Dupuis, 1988, p. 22). Het betekent “... dat de grondnorm van alle vormen van hulpverlening bepaald dient te worden door de werkelijke belangen van de hulpzoekende” (Sporken, 1977, p. 54). Maar het antwoord op de vraag wat de werkelijke belangen van een hulpzoekende zijn varieert per persoon en is ook afhankelijk van de organisatorische en maatschappelijke context waarin zorg plaatsvindt. En soms denken professionals dat zij weten wat het goede is om te doen, maar dan blijkt in de praktijk: “het doen van het goede is nog niet zo eenvoudig, en wanneer we het goede gaan doen, verandert ook *wat* dat goede is vaak” (Pols, A.J. 2013, p. 70).

Het werk wordt steeds complexer en “ambivalenter” (Hortulanus, 2011; van den Ende, 2011), onder andere door de toenemende pluriformiteit van culturele en religieuze opvattingen, door transities op het gebied van de (jeugd)zorg en in het sociale domein, ten gevolge van veranderend overheidsbeleid en nieuwe wetgeving, door ambulantisering van het werk en door de uitbreiding van behandelmogelijkheden die bijdraagt aan toenemende variëteit van zorgvragen. In multidisciplinaire wijkteams ontstaan soms ethische vragen omdat zorgverleners met verschillende beroepsachtergronden verschillende prioriteiten stellen (Andriessen, de Jonge, & Kloppenburg, 2014). Ook samenwerking met vrijwilligers en mantelzorgers vraagt om een andere werkverdeling en leidt regelmatig tot ethische kwesties omdat waarden en normen die voor professionele hulpverleners vanzelfsprekend zijn niet altijd gedeeld worden door mensen die vanuit een persoonlijke drijfveer hulp verlenen<sup>16</sup>. Marktwerking leidt tot concurrentie en tot privatisering van (onderdelen van) zorg en sociaal werk, waardoor versnippering in het werkveld ontstaat. Zorgverleners blijven ook niet meer, zoals vroeger, jarenlang bij een zelfde organisatie werken: veel

---

<sup>12</sup> Zie ook van Dartel (2012, p. 20).

<sup>13</sup> Aangezien in diverse zorgsectoren patiënten tegenwoordig ook worden aangeduid met de term ‘cliënt’ en dit in het maatschappelijk werk de gangbare aanduiding is voor de zorgontvanger, zal ik in dit boek omwille van de leesbaarheid niet steeds beide woorden gebruiken; waar in het vervolg cliënt staat kan dus ook patiënt worden gelezen.

<sup>14</sup> Achter deze laatste zin staat een verwijzing naar van Heijst, 2011.

<sup>15</sup> Hippocrates was een Griekse arts die leefde van ± 460 – 370 v. Chr. Zijn leerlingen legden bij afronding van hun opleiding een eed af waarin zij beloven hun kennis te gebruiken om wel te doen en niet om schade aan te richten. Deze eed wordt wel beschouwd als ‘de moeder van alle beroepscodes’ op het gebied van de zorg en het sociaal werk.

<sup>16</sup> Waar professionele hulpverleners geleerd hebben om cliënten onbevooroordeeld te bejegenen, kunnen vrijwilligers een uitgesproken mening hebben (bijvoorbeeld over wie wel/geen ‘recht’ heeft op pakketten van de voedselbank); waar professionele zorgverleners autonomie respecteren zijn mantelzorgers soms erg betuttelend over een zorgbehoevende.

organisaties veranderen door een fusie, andere worden opgeheven of gaan zelfs failliet ten gevolge van de aanbestedingssystematiek. Ervaren zorgverleners gaan (noodgedwongen) als zzp-er werken en missen daardoor contact en afstemming met beroepsgenoten. Jonge beginnende beroepsbeoefenaars zijn nergens zeker van een vaste baan en hoppen van de ene organisatie naar de andere; ze worden vaak geen lid meer van een beroepsorganisatie waar ze vakgenoten tegen kunnen komen<sup>17</sup>. Op bestuurlijk niveau moeten nieuwe coalities worden gevormd om te kunnen omgaan met alle veranderingen (Hoijtink & van Doorn, 2011). Door al dit soort ontwikkelingen hebben professionals en managers, net als bestuurders en beleidsmedewerkers, in toenemende mate behoefte aan momenten waarop zij de vraag wat het goede is om te doen in een specifieke situatie kunnen voorleggen aan collega's en andere betrokkenen die hen nieuwe perspectieven kunnen laten zien. Er is echter binnen organisaties weinig ruimte om samen – met collega's, zorgverleners, medewerkers en managers, cliënten en patiënten – te zoeken naar antwoorden, en ook daarbuiten, over de grenzen van organisaties heen in de maatschappelijke context, gebeurt het nauwelijks<sup>18</sup>. Vaak wordt als reden aangevoerd dat er niet genoeg tijd voor is, maar misschien nog wel een belangrijker oorzaak is dat het moeilijk is om deze dimensie van het werken met en voor patiënten en cliënten te benoemen (Remmers-van den Hurk & van der Arend, 1996; van Dartel & de Witte, 2014; Verkerk, M.A. et al., 2004). De ethische dimensie is namelijk meervoudig gelaagd (Jansen, 2004) en (daardoor) uitermate complex onder woorden te brengen. Veel professionals en managers hebben dit ook niet goed geleerd: in opleidingen voor toekomstige beroepsbeoefenaars op het gebied van de zorg en het sociaal werk is weinig aandacht voor ethiek<sup>19</sup>. Ethische vragen die raken aan de eigen existentie komen incidenteel, bijvoorbeeld tijdens supervisie, wel eens aan de orde, maar structureel is er geen ruimte voor in de meeste onderwijsprogramma's. Hetzelfde geldt voor (bij)scholing over ethiek en ethische reflectie in organisaties (CEG, 2005; NIVEL, 2009; RVZ, 2009). Een andere reden waarom deze dimensie van het werken in de zorg vaak niet besproken wordt zou te maken kunnen hebben met de spruitjeslucht die voor velen nog steeds om begrippen als moraliteit en moraliseren hangt. Want het praten over waarden en normen werd (en wordt nog steeds) door velen geassocieerd met betutteling (Boer, 2010). De norm dat je het niet over normen mag hebben omdat iedereen zelf moet weten hoe hij zijn leven inricht (Kunneman, 2012; Neiman, 2008; Tonkens, Uitermark, & Ham, 2006; van den Bersselaar, 2009) hangt samen met de toegenomen individualisering in de westerse wereld sinds de tweede helft van de twintigste eeuw, met de secularisatie en het daarmee samenhangende wantrouwen tegen alles wat met godsdienst te maken heeft. Dit heeft het denken in het Nederlandse maatschappelijk werk en de zorg sterk beïnvloed. Het zwijgen over de

---

<sup>17</sup> Een vaak genoemde reden is dat ze het belang er niet van inzien, bovendien vinden veel jongere werknemers het lidmaatschap te duur en/of ze hebben geen vaste werkgever die het voor hen betaalt. Het aantal vakbondsleden onder de 25 jaar (61.000) is vergeleken met 1999 in 2013 gehalveerd. Wel is er recent een toename van jonge leden (CBS Webmagazine 31 oktober 2014) <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4153-ta.htm>

<sup>18</sup> Hoewel daar wel behoefte aan is (Kanne & Keinemans, 2011) en er ook organisaties zijn waar het incidenteel wordt georganiseerd (zie § 8.4.2 en § 8.4.3).

<sup>19</sup> Dit geldt voor ROC's, HBO-V's en universitair onderwijs (CEG, 2005).

ethische aspecten van het werk in de zorg en in het sociale domein kan worden verklaard als een gevolg van het wegvallen van de zeggingskracht van de grote verhalen<sup>20</sup> waaraan men collectief kon ontlenuen wat goed en kwaad is. Het gegeven dat er “geen alomvattende normatieve ideologieën waarop mensen kunnen terugvallen” (Abma & Widdershoven, 2010, p. 14) meer zijn, heeft als positieve kant de emancipatie van mensen: hun bevrijding uit verticale morele, op autoriteit en hiërarchische gezagsverhoudingen gebaseerde kaders. Maar het heeft ook een schaduwzijde, die enerzijds zichtbaar wordt in relativisme en onverschilligheid – “de opmars van het dikke-ik” (Kunneman, 2005, p. 7) – en anderzijds in de handelingsverlegenheid en de morele dilemma’s van professionals.

### *Moreel beraad*

Toch raakt ethiek in Nederlandse zorgorganisaties sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw steeds meer “in” (Bloemhoff, 2008; Gerding & van Dartel, 2004; Grit & Meurs, 2005; Musschenga, 2010, p. 155; van Dartel, 2012, p. 2). Boer denkt dat dit komt doordat “van oorsprong religieuze en in snel tempo neutraliserende zorginstellingen” met aandacht voor ethiek hun levensbeschouwelijke identiteit probeerden vast te houden (Kole & Schermer, 2010, p. 337). Volgens van Dartel en Molewijk is het een gevolg van “barsten in de impliciete moraal” (van Dartel & Molewijk, 2014, p. 7). Ook in het sociaal werk ziet men in dat morele oordeelsvorming en morele verantwoording een essentieel onderdeel is van professionaliteit (Andriessen, de Jonge, & Kloppenburg, 2014; Banks, 2012; Keinemans, de Jonge, & Kloppenburg, 2014; van Doorn, 2008, 2009a, 2009b, 2010). In onze huidige samenleving zijn nog maar weinig plaatsen waar mensen de ruimte ervaren om met elkaar te spreken over morele vragen; maar in het professionele handelen op het gebied van de zorg en het sociaal werk zijn deze vragen onontkoombaar. Werken in de zorg heeft per definitie een ethische dimensie, want “het is moeilijk voor te stellen dat mensen zorgen voor iemand zonder dat er een praktische gerichtheid is op het goede voor de ander” (Vorstenbosch, 2005, p. 21). Bovendien is zorg altijd een relationeel proces (Held, 2006; Tronto, 1993; Verkerk, M.A., 2003) en “het morele vormt een bepalende dimensie van onze relaties” (Vorstenbosch, 2005, p. 67). Daarom is de zorgpraktijk “intrinsiek moreel”<sup>21</sup> (Molewijk, Muijen, Abma, & Widdershoven, 2008, p. 37; Molewijk, van Zadelhoff, Lendemeijer, & Widdershoven, 2008, p. 57) en ontstaat bij hulverleners de behoefte om datgene wat hen persoonlijk raakt in het werk – en niet opzij kan worden gelegd of naar de privé sfeer verschoven – met elkaar te delen. In steeds meer organisaties wordt daarom gezocht naar een praktische aanpak voor het bespreken van ethische vragen. Moreel beraad is daarbij een veelgebruikte werkvorm. Deze is ontwikkeld door ethici, vaak op verzoek van managers en professionals in organisaties. Tijdens moreel beraad hebben beroepsbeoefenaars de gelegenheid om op een gestructureerde wijze doelbewust van gedachten te wisselen over morele kwesties in hun praktijk; er is

<sup>20</sup> Lyotard gebruikte de term grote verhalen (of metanarratieven) voor omvattende verklaringen en theorieën over hoe de wereld in elkaar zit die door grote groepen mensen gedeeld worden, bijvoorbeeld in religies zoals het Christendom en de Islam of in een ideologie zoals het Marxisme.

<sup>21</sup> Overigens zou over onderwijs hetzelfde gezegd kunnen worden: Whitcomb en Tinkler, (2011, p. 265) stellen: “At its core, teaching is moral endeavor”. Dit is relevant omdat dit promotieonderzoek mede gericht is op het ontwikkelen van bruikbare kennis voor het hoger beroeps onderwijs.

ruimte om de normen die het handelen beïnvloeden te expliciteren en onderliggende waarden te verkennen. Daarom zou moreel beraad bij uitstek de plek kunnen zijn waar uitwisseling en afstemming plaatsvindt van de verschillende perspectieven op wat nodig is voor goede zorg, goed werk en goede samenwerking. Deze verwachting blijkt onder andere uit doelen die men stelt bij de introductie van moreel beraad in organisaties. Managers beschouwen het bijvoorbeeld als een vorm van bijscholing waar hun medewerkers leren om te reflecteren of als een middel dat bijdraagt aan betere teamsamenwerking (Weidema, 2014, pp. 76-77) (zie ook Bauduin & Kanne, 2009). Professionals zien het als mogelijkheid om hun hart te luchten over, of concrete oplossingen te vinden voor, problemen waar zij in het werk tegenaan lopen (Janssens, Zadelhoff, Loo, Widdershoven, & Molewijk, 2014). Op organisatieniveau worden deze en andere doelen vaak samengevat onder de overkoepelende noemer kwaliteit van zorg (van Dartel & Molewijk, 2014). In de afgelopen jaren is in diverse Nederlandse (zorg)organisaties evaluatieonderzoek gedaan waaruit blijkt dat een aantal van de hierboven genoemde doelen wordt bereikt. Als positieve effecten van moreel beraad noemt men onder andere medewerkertevredenheid en toename van morele competentie. Maar daarbij wordt ook een kanttekening geplaatst: “satisfaction in general is not a demonstration of quality” (Molewijk, Verkerk, M.J., Milius, & Widdershoven, 2008, p. 53)<sup>22</sup>. Vaak wordt de conclusie getrokken dat er behoefte is aan nieuwe onderzoeksmethoden en nieuwe theoretische kaders om de relatie tussen moreel beraad en verbetering van de kwaliteit van zorg in beeld te brengen (Janssens et al., 2014; Molewijk, Abma, Stolper & Widdershoven, 2008; Svantesson et al., 2014; Weidema, Molewijk, Kamsteeg, & Widdershoven, 2013). Het begrip kwaliteit van zorg kan echter op vele manieren worden ingevuld (van Dartel & Molewijk, 2014, p. 12). Het kan op het niveau van een individuele cliënt of medewerker gesitueerd worden maar ook op het collectieve niveau van een team, een divisie, of een gehele organisatie. Voor zorgverleners, die zich bevinden tussen individuele (en groepen) patiënten of cliënten enerzijds en managers en bestuurders anderzijds, is dit soms verwarrend<sup>23</sup>. Bovendien bestaat altijd het risico dat moreel beraad, wanneer het wordt geassocieerd met een kwaliteitssysteem, onderdeel wordt van een managementvertoog waar de nadruk ligt op effectiviteit en efficiëntie. Dan raakt zowel de existentiële als de politieke dimensie van de vragen over goede zorg, goed werk en goede samenwerking, waar het tijdens moreel beraad over gaat, buiten beeld. Die existentiële dimensie klinkt door in de stem van een maatschappelijk werker die haar zorgen uitsprekt over de veiligheid van de kinderen van een verslaafde moeder; hij wordt zichtbaar in de verontwaardigde blik van een verpleegkundige die vertelt dat dementerende ouderen in zijn organisatie gefixeerd worden omdat er te weinig personeel is om ze de hele dag in de gaten te houden. De politieke dimensie blijkt bijvoorbeeld wanneer psychologen hun diagnose bijstellen omdat de patiënt dan recht heeft op meer behandelingen of wanneer een manager op zijn stoel begint te schuiven tijdens een gesprek over productiedruk. Deze signalen worden meestal niet opgevangen met behulp van de indicatoren waarmee men in organisaties kwaliteit meet. En dat is een gemiste kans,

<sup>22</sup> Bovendien is in de gepubliceerde onderzoeken niet de patiënttevredenheid gemeten.

<sup>23</sup> Dat verklaart dat er zelfs binnen de verpleegkundige beroepsgroep geen breed geaccepteerde definitie bestaat van “quality nursing care” (Izumi, 2012, p. 264).

want de ethische vragen van mensen in de praktijk van de zorg en het sociaal werk kunnen niet worden beantwoord zonder aandacht te besteden aan deze dimensies, zoals ik in dit boek aannemelijk hoop te maken op basis van mijn onderzoek in theorie en praktijk.

### *Theoretische aanknopingspunten*

In samenhang met moreel beraad in de praktijk kan ook literatuurstudie antwoorden geven op de vragen over goede zorg, goed werk en goede samenwerking die zich voordoen in de praktijk van de zorg en het sociaal werk. Vanuit verschillende invalshoeken c.q. wetenschappelijke disciplines zijn in de afgelopen decennia visies ontwikkeld waarin de ethische aspecten van zorg en van het (samen)werken aan het realiseren van zorg specifiek worden uitgelicht.

### *Ethic of Care*

In de politieke theorie over een Ethic of Care (Tronto, 1993), die in Nederland al snel bekendheid kreeg als *zorgethiek*<sup>24</sup> (Manschot & Verkerk, M.A., 1994; Sevenhuijsen, 1996; van Heijst, 2005; Verkerk, M.A., 2003), is een duidelijke omschrijving van goede zorg te vinden. Zorg is volgens deze benadering geen product, maar een relationeel proces met een existentiële betekenis voor allen die erbij betrokken zijn, in welke rol dan ook. Dit proces heeft ook een politieke betekenis omdat iedereen altijd op de een of andere manier te maken heeft met zorg: niet alleen als zorgontvanger of zorggever, maar ook als lid van een samenleving die zonder zorg niet kan (voort)bestaan. Zorg kan volgens deze visie alleen goed zijn wanneer tussen alle betrokkenen samenwerking, afstemming en onderhandeling plaatsvindt: over de existentiële betekenis van zorg voor individuen en over de verdeling van zorgverantwoordelijkheden op het niveau van organisaties en in de samenleving als geheel. Naar Tronto's visie op zorg wordt regelmatig verwezen in het kader van onderwijs en onderzoek op het gebied van de zorgsector (Leget, 2010; van Heijst, 2005; van Nistelrooy, 2008; Verkerk, M.A., 2003). De onderliggende politieke visie lijkt echter veel minder weerklank te vinden, noch in theorie, noch in de praktijk. Toch bevat deze concrete aanknopingspunten voor beleid met betrekking tot het organiseren van goed werk en goede samenwerking ten behoeve van het realiseren van goede zorg. Hetzelfde geldt voor Tronto's aanwijzingen met betrekking tot een rechtvaardige verdeling van zorg en zorgverantwoordelijkheden in organisaties en (maatschappelijke) instituties.

### *Bestaansethiek*

Het werk van de filosoof Ricœur biedt een visie op zorg die bruikbaar is in hulpverleningsrelaties en instituties. Ricœur gaat uitgebreid in op de dialectiek in en tussen mensen en refereert hierbij aan noties als verantwoordelijkheid en macht. Hij laat zien welke rol verhalen spelen bij het ontstaan en de ontwikkeling van de identiteit van personen, hoe narratieve identiteit en ethische identiteit met elkaar samenhangen en wat dit betekent voor het handelen van mensen. Zorg is in zijn visie onlosmakelijk

---

<sup>24</sup> Deze benaming, zo merkte ik in de praktijk regelmatig, leidt bij veel mensen helaas tot de misvatting dat het alleen maar gaat over ethiek in de zorg, terwijl het woord zorg in deze ethische benadering een veel bredere betekenis heeft: het gaat ook over politieke en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

verbonden met ontwikkeling van zelfwaardering en zelfrespect (twee essentiële aspecten bij de ontwikkeling van identiteit). De visie van Ricœur werpt een ander licht op ethische vragen in de praktijk van zorg en sociaal werk dan het vaak gehanteerde kosten- en batenperspectief of een principe-ethische benadering. Zijn uitgangspunt dat ieder zelf is als een ander en de daaruit volgende conclusie dat dit rechtvaardige instituties vereist om een goed leven voor iedereen mogelijk te maken, is uiterst relevant als het gaat om het maken van zorgbeleid in organisaties en instituties. Het onderstreept het existentiële en politieke belang van het gesprek over ethische vragen met het oog op ontwikkeling van praktische wijsheid en modus-drie kennis. Zijn gedachten over de noodzaak van zorgvuldige beraadslaging teneinde te komen tot een weloverwogen moreel oordeel in een concrete situatie, benadrukken de waarde van moreel beraad in praktijken. Het denken van Ricœur is echter voor niet-filosofen (onder andere vanwege de vele verwijzingen naar – en reacties op – het werk van andere filosofen) niet makkelijk toegankelijk. In de praktijk van de zorg en het sociaal werk is het daarom, in tegenstelling tot het werk van Tronto, slechts bij weinigen bekend.

### *Normatieve professionalisering*

In de theorievorming over normatieve professionalisering wordt regelmatig gerefereerd aan de zorgethische noties van Tronto en de bestaansethiek van Ricœur (Kunneman, 2005, 2007, 2013b; van den Ende & Kunneman, 2008; van Ewijk, H. & Kunneman, 2013). Op verschillende manieren wordt in deze praktijkgerichte theorie de aandacht gevestigd op zowel de existentiële als de politieke dimensie van het beroepsmatig handelen in mensgerichte beroepen. Vaak wordt hierbij de term “goed werk” (Jacobs, Meij, Tenwolde, & Zomer, 2008) gebruikt, om uit te drukken dat het gaat over werk dat niet alleen technisch goed wordt uitgevoerd, maar ook moreel beschouwd het juiste is om te doen in een specifieke situatie. Normatieve professionalisering vraagt om reflectie over “morele, ethische, levensbeschouwelijke, ideologische en politieke aspecten” (Smaling, 2008, p. 56) die richting geven aan het professionele handelen; dat wordt onmisbaar geacht voor het individuele en collectieve leerproces van beroepsbeoefenaars c.q. voor ontwikkeling van professionaliteit (Baart, 1999). In het kader van normatieve professionalisering wordt zowel de zingevende als de intermenselijke waarde van professioneel handelen benadrukt. Het woord “kantelmomenten” (van den Ende, 2011) refereert aan situaties waarin een moreel appèl op professionals wordt gedaan. De keuzen die zij maken in de confrontatie met strijdige normen kunnen een ingrijpende betekenis hebben voor hun eigen bestaan en dat kan tot gevolg hebben dat zij ook als professional veranderen. Met termen als “kampvuurtjes” en “warmte-kracht koppelingen” (Kunneman & Slob, 2007) wordt uitgedrukt dat er in de interactie tijdens het werk vonken kunnen overspringen tussen mensen. Professionals in mensgerichte beroepen hebben die verbindingen met anderen nodig om elkaar en zichzelf te blijven inspireren en motiveren om goed werk te doen. De beeldspraak maakt duidelijk dat de professional als mens – met eigen ethische en morele vragen – in het geding is. Bij het beantwoorden van die vragen spelen, naast sociale relaties in de maatschappelijke en globale context, ook machtsverhoudingen op het organisatorische en institutionele