

'De dood was heel anders'

Ervaringen van zorgmedewerkers in een verpleeghuis op lichamelijkeid,
sterven, dood en afscheidsritueel tijdens de Covid-19-pandemie



Andréa Damacena Martins

(S1046567)

Begeleidende docent: Dr. Eric Venbrux

Scriptie ter verkrijging van de graad *Master of Arts* in de Theologie en
Religiewetenschappen - Radboud Universiteit Nijmegen

Aantal woorden: (18.402 exclusief bibliografie)

Maart 2023

Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzerker ik, Andréa Damacena Martins, dat deze scriptie zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen zijn gebruikt dan die door mij zijn vermeld en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werk – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar zijn gemaakt.

Dankwoord

Jung beschrijft de reis van de held als een metafoor die verband houdt met het proces van innerlijke integratie en zelfactualisatie. Tijdens deze reis probeert de held de draken onder ogen te zien en schatten te vinden die voor hem soms moeilijk bereikbaar zijn. Deze metafoor drukt voor mij de reis uit die ik meegemaakt heb om deze master Religiwetenschappen met Geestelijke Verzorging af te ronden. Nu dat ik deze reis voltooid heb, ben ik klaar om nieuwe reizen te maken met een houding van diepe compassie en met een holistisch beeld van ons mens-zijn. De opleiding was voor mij zowel een integratief proces als een versterking van mijn betrokkenheid met mensen en Nederland. Daarom wil ik hieronder een paar mensen bedanken wegens hun luisterend oor, geduld en bemoedigende woorden gedurende de reis. Zonder hen zou de last van dit reis ondraaglijk zijn geweest. Ik wil hen daarom bij naam noemen:

- de geïnterviewd zorgmedewerkers van Het Anker WZH; zonder hun verhalen en vertrouwen had ik deze scriptie niet kunnen schrijven.
- de bewoners van Het Anker WZH die ik als geestelijke verzorger i.o. gesproken heb.
- Ilse Frank, geestelijke verzorger bij WZH die mijn praktijkstage op een inspirerende manier heeft begeleid.
- Eric Venbrux die mij als mijn scriptiebegeleider met zijn positieve houding en zijn opbouwende kritiek geholpen heeft om door te zetten.
- de docenten van de Faculteit Religiewetenschappen bij wie ik cursussen heb gevolgd. Ik heb heel veel van hen geleerd, in het bijzonder met Ria van den Brandt binnen de stage-supervisie.
- de medestudenten (2021-2022) die via de what's app groep veel kennis, tips en advies gedeeld hebben.
- mijn vrienden die altijd voor mijn klaar staan: Ana Lúcia Perez; Bas Mulder, Brenda Carranza; Edlaine Gomes; Élia Furtado; Evert Rodewijk; Jan Eijken, Ole Tons, Tereza Ventura, Valéria Ramos en Viviane Godoy.

- mijn ouders Nei Loredo Martins, Clemência Pereira Damascena en zusters, Alexandra Damacena Martins, Sylvania Damacena Martins Gontijo die hun liefde, vertrouwen en ondersteuning altijd hebben getoond vanuit Rio de Janeiro, Brazilië.
- Theresia van Ávila en Meester Eckhart leerden me met hun mystieke werken ruimhartiger te zijn en de aanwezigheid van God in mijn doen en laten te laten doorklinken.
- De leden van Teresian Association– IT Brasil en Internationaal.
- Anne Boyer die mij heeft geholpen door persoonlijke gesprekken en mentale ondersteuning de reis van de held te erkennen en te aanvaarden.
- Mijn lieve zoon Thomas Martins Mulder die altijd heeft gezegd “Mama je kan het”.
- Aan mijn man Kees Koonings, zonder zijn liefde, geduld, ondersteuning en intellectuele uitwisseling kon ik niet afstuderen. Hij was er altijd voor me wanneer ik hem nodig had.

Andréa Damacena Martins, Den Haag, maart 2023.

“Bij het zien van hun hoge vluchten, durven wij ook te vliegen.

Het is van groot heil.”

Theresia van Ávila

Moradas (Innerlijke Burcht) III, 2.12

Inhoudsopgave

Dankwoord.....	3
1. INLEIDING	6
2. ONDERWERP EN TECHNISCH ONTWERP.....	9
2.1 Doelstelling	9
2.2 Doelgroep	9
2.3 Vraagstelling	10
2.4 Methoden	10
2.5 Operationalisering	14
2.5.1 Data-analyse met hulp van Atlas.ti	16
2.5.2 Opzet scriptie	17
3. THEORETISCHE ACHTERGROND.....	17
3.1 Zorgethiek.....	17
3.2 Presentietheorie	21
3.3 Antropologie van het lichaam	24
4. ANALYSE EN INTERPRETATIE VAN HET KWALITATIVE ONDERZOEK	27
4.1 De onderzoekscontext.....	27
4.2 Profiel van de informanten	33
4.3 Ervaringen van zorgmedewerkers tijdens de pandemie	35
5. CONCLUSIES.....	50
Reflectie en lessen uit het onderzoek	54
Bibliografie.....	56
Samenvatting.....	61
Bijlage 1 - Topiclijst interviews met zorgmedewerkers	62
Bijlage 2 - Code Lijst – Atlas.ti.....	64

1. INLEIDING

De uitbraak van de Covid-19-pandemie had wereldwijd grote sociale, politieke en economische consequenties voor de gezondheidszorg en de maatschappij.¹ Dit leidde tot een van de grootste crisissen die de Nederlandse samenleving na de Tweede Wereldoorlog heeft meegemaakt. Eind februari 2020 werd de eerste persoon in Nederland positief getest op Covid-19. Covid-19 is een zeer besmettelijke ziekte met onvoorspelbare uitwerkingen. Er zijn mensen die slechts verkoudheidsverschijnselen vertonen. Andere mensen worden ernstig ziek en overlijden soms aan de gevolgen van de ziekte. Dit was zeker het geval toen er nog geen coronavaccins waren ontwikkeld. Nadat er verschillende coronavaccins beschikbaar kwamen en mensen zich konden laten inenten is de kans op sterfgevallen door corona na vaccinatie minder gewonders en is het aantal besmettingen zelf afgenomen. Toch hebben door de coronacrisis verschillende kwetsbare groepen sociaal en economisch nadeel ondervonden (Stellinga, Hesselmans, De Hoog & Bijlleveld, 2020). Vanaf de eerste periode van de coronapandemie heeft het kabinet op advies van het Outbreak Management Team (OMT) verschillende aanpakken gehanteerd. Deze aanpakken van de crisis vroegen van de bevolking zich te houden aan de afgekondigde maatregelen om de verspreiding van het virus te voorkomen en de “intelligente lockdown” na te leven.²

De verpleeghuizen hebben een strikt lockdown beleid gevoerd waardoor het bezoek van familie en naasten niet toegestaan werd (Van der Geugten, Jacobs & Goossensen, 2022). De infectiebestrijding was het belangrijkste uitgangspunt in deze crisisaanpak en had weinig aandacht voor persoonlijk welzijn of maatschappelijke gevolgen. Deze benadering had tevens prioriteit voor ziekenhuizen en de acute zorg waar in eerste instantie de schaarse middelen om het virus te bestrijden naartoe gingen. De zogenoemde care-zorg, waaronder verpleeghuizen vallen, werd onderbelicht (Onderzoekraad voor Veiligheid,

¹ In de tekst benoem ik de Covid-19-pandemie ook met de termen coronapandemie of coronacrisis.

² De Rijksoverheid kondigt in het begin van maart 2020 maatregelen aan zoals handen wassen, in de elleboog niezen, en geen handen meer schudden. De toename van de verspreiding van het corona virus halverwege maart 2020 had tot gevolg dat Nederland in gedeeltelijke lockdown ging. Horeca, scholen en kinderopvang sloten. Dit werd “intelligente lockdown” genoemd omdat anders dan in een volledige lockdown mensen nog naar buiten mochten. Zie je voor verder informatie Rijksoverheid, 2022.

2022). Besmettingen en sterfgevallen onder bewoners van verpleeghuizen namen razendsnel toe maar er werd daarvan aanvankelijk geen registratie bijgehouden. (Geugten et al., 2022).³

In een studie over de impact van de Covid-19 crisis op de ouderenzorg kwam naar boven dat in de eerste maanden van de pandemie meer dan de helft van alle sterfgevallen door Covid-19 in Nederland te betreuren waren onder bewoners van verpleeghuizen (Geugten et al., 2022: 158). Zorgmedewerkers liepen tegen veel problemen aan. Door de crisis hebben enerzijds veel bewoners isolatie, desoriëntatie en eenzaamheid ervaren.⁴ Anderzijds heeft het risico van besmetting door het coronavirus gevoelens gebracht van onveiligheid en onzekerheid en leidde het tot psychosociale problemen en ethische dilemma's voor zorginstellingen en zorgmedewerkers (Heffels et al. 2021:05). Mensen hebben daarvan lichamelijke of geestelijke gevolgen ondervonden. De leefomgeving en omgangsvormen in verpleeghuizen hebben ingrijpende veranderingen ondergaan door de ingevoerde maatregelen om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

Deze situatie vereist veel reflectie op de neveneffecten van de Covid-19-pandemie op verschillende terreinen. De Onderzoeksraad voor Veiligheid (2022) bracht een rapport uit over de aanpak van de overheid in de eerste fase van de coronacrisis. Dit betreft de periode tussen maart en september 2020 en de lessen die het openbaar bestuur uit deze crisis getrokken heeft. In het rapport wordt geconstateerd dat er in het begin van de coronapandemie een tekort ontstond aan middelen zoals beschermingsmiddelen en testcapaciteit. Daarnaast werden de schaarse middelen minder aan verpleeghuizen toegewezen; ze zijn vooral naar de ziekenhuizen en acute zorg gegaan. Eén van de conclusies is duidelijk: in de besluitvorming binnen de nationale crisisstructuur werd minder aandacht aan de ouderenzorg gegeven dan aan de medische zorg.

Ondanks deze scheve verdeling maakten bestuurders van verpleeghuizen en hun medewerkers gebruik van hun veerkracht en improvisatievermogen om de pandemie te doorstaan. De interne organisatie in de ouderenzorg moest constant protocollen opstellen

³ NRC, 2022

⁴ In dit onderzoek maak ik de keuze om ouderen die in verpleeg- en verzorgingshuizen wonen als bewoners te benoemen in plaats van de termen patiënten of cliënten te gebruiken.

om oplossingen te vinden om de zorg zo veilig mogelijk in te richten. De snelle veranderingen en de onvoorspelbaarheid belastten zowel bewoners als zorgmedewerkers die deze situatie met veel aanpassingsvermogen volhielden. De pandemie heeft dus direct effect gehad op de zorgmedewerkers zowel op hun omgang met de bewoners als op het geestelijk volhouden in de crisis in verband met morele dilemma's die zich hebben aangediend. Respect voor de autonomie van de bewoners werd begrensd. Spontaan aanraken van bewoners mocht niet meer en zorgmedewerkers moesten beschermingsmiddelen (mondkapje, schort, bril, handschoenen) dragen. Het menselijke contact veranderde. Bij de dood van bewoners door corona werden strengere maatregelen genomen en de afscheidsrituelen aangepast. Familieleden konden niet aanwezig zijn omdat mensen niet bij elkaar konden komen. Zorgmedewerkers maakten vaak mee dat een bewoner onverwacht overleed en zij geen afscheid konden nemen van iemand voor wie zij gezorgd hadden. De vele gebeurtenissen hadden een psychische en spirituele impact op de geestelijke gezondheid van bewoners, naasten en zorgmedewerkers; dit vraagt om een nadere verkenning.

Wat betreft de ervaringen in de zorg tijdens de coronapandemie hebben Ruiters, Drokens en Leget (2022) de langdurige zorg en hun (in)formele zorgnetwerken onderzocht. Daartoe hebben de auteurs onderzoek onder vier groepen gedaan: personen met licht verstandelijke beperking; zelfstandige wonende ouderen met langdurige zorg of ondersteuning door mantelzorg; ongedocumenteerde migranten; en naasten van mensen die in een hospice zijn overleden. Zij keken niet naar zorgmedewerkers; dus het perspectief van zorgmedewerkers in een verpleeg- en verzorgingshuis vraagt om meer kwalitatief onderzoek (Heffels, Vries, Everink, Timmermans, Wegdam-Blans, & Schols, 2021). Daarom stel ik in deze scriptie de ervaringen en reacties van zorgmedewerkers in de verpleeg- en verzorgingshuizen tijdens de Covid-19 pandemie centraal. Ze hebben in de frontlinie van de coronacrisis gestaan. Daardoor kregen ze te maken met veel spanningen, problemen en dilemma's bij hun streven om toch goede zorg te blijven bieden. Met dit verkennend onderzoek wijs ik op de noodzaak van het versterken van spirituele begeleiding door geestelijk verzorgers aan zorgmedewerkers tijdens de Covid-19 pandemie of vergelijkbare crisissituaties.

2. ONDERWERP EN TECHNISCH ONTWERP

2.1 Doelstelling

Het onderzoek richt zich op de vraag hoe zorgmedewerkers kijken naar hun ervaringen met bewoners in een verpleeg- en verzorgingshuis in Voorburg, Den Haag tijdens de Covid-19-pandemie. Ik ben daarbij met name geïnteresseerd in de aspecten van lichamelijke, sterven, dood en afscheidsritueel. Het doel van het onderzoek is zichtbaarheid te geven aan de perceptie van zorgmedewerkers die met directe zorgtaken te maken hadden tijdens de coronapandemie. Er wordt verondersteld dat zij vanwege hun ondersteunende functies fysiek en mentaal sterk moeten staan om de zorgtaken te vervullen. Veel zorgmedewerkers in het verpleeg-en verzorgingshuis zien dat het hun taak is om ondersteuning aan bewoners in hun laatste levensfase te geven zodat ze zich zo comfortabel mogelijk kunnen voelen. Maar er is nog weinig kennis over hoe de zorgmedewerkers de concretisering van hun zorgtaken ervaren, en dan met name in de context van crisis. Hoe kijken ze naar hun werkzaamheden, naar de relatie met bewoners, naar de dood van cliënten en naar afscheid nemen wanneer het contact beperkt is? Welke ingrijpende veranderingen hebben ze tijdens de pandemie meegemaakt? Met dit onderzoek wil ik aan ene kant aandacht geven aan de perceptie door zorgmedewerkers van de impact van Covid-19. Aan de andere kant beoog ik de relatie met bewoners met betrekking tot het lichaam, sterven, de dood en afscheidsrituelen te benaderen als essentiële elementen binnen de zorgethiek.

2.2 Doelgroep

In dit onderzoek gaat het om ervaringen van het gebrek aan direct contact met bewoners (lichamelijkheid, sterven, dood en afscheidsritueel) onder zorgmedewerkers die de volgende functies bekleeden: woonbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen in een verpleeghuis voor ouderen in Voorburg, Den Haag. Zorgmedewerkers zijn de primaire bron van zorgverlening in de institutionele omgeving van een verpleeg-verzorgingshuis. De directe betrokkenheid van deze medewerkers met de bewoners is een belangrijke schakel in de kwaliteit van de zorg.

2.3 Vraagstelling

De vraagstelling die in dit onderzoek leidend is, luidt als volgt:

Hoe beschrijven en ervaren zorgmedewerkers in een verpleeg-verzorgingshuis voor ouderen lichamelijkeid, sterven, dood en afscheid van bewoners tijdens de coronapandemie?

2.3.1 Deelvragen:

1. Welke nieuwe ervaringen hadden deze zorgmedewerkers met bewoners tijdens de pandemie?
2. Welke reacties op hun werkzaamheden tonen de zorgmedewerkers in de context van de pandemie?
3. Hoe ervaren zij het ontbreken van het gebruikelijke contact met bewoners?
4. Hoe zien zorgmedewerkers verlies en dood van bewoners? Hoe verloopt het rouwproces?
5. Hoe ervaren zij het ontbreken van gebruikelijke afscheidsrituelen tijdens de pandemie?

2.4 Methodes

In dit onderzoek gebruik ik als methode individuele casestudies die de mogelijkheid bieden om de opvattingen van de afzonderlijke zorgmedewerkers beter te leren kennen. Deze onderzoeksstrategie vereist een kwalitatieve benadering van verzamelen en analyseren van de gegevens (De Walt & De Walt, 2011; Schuren & Doorenwaard, 2007). Mijn onderzoeksparticipanten werken in verschillende functies: woonbegeleiders, verzorgenden, activiteitenbegeleiders en verpleegkundigen. Ik heb geen kwantitatieve gegevens verzameld en geen statistische analyses uitgevoerd. Chamberlain, Camic & Yardley (2004:83) leggen uit dat het casusonderzoek de complexiteit van een situatie kan blootleggen door specifieke informatie over een situatie expliciet te maken. Hiermee ontwikkelt de onderzoeker een holistische visie waarin *processen en ervaringen* in detail zichtbaar worden. Deze kwalitatieve strategie is sterk om belevenissen en perspectieven

van informaten te kunnen aangeven en minder geschikt om hypothesen te toetsen onder geoncontroleerde condities (Hart, Dijk, de Goede, Jansen & Teunissen, 1998:290). Dus het is precies deze invalhoek die ik wil benadrukken op basis van zowel het gedrag en de handelingen van zorgmedewerkers in de ouderenzorg als van de problemen die ze in hun beroepspraktijk tijdens de Covid-19 pandemie hebben ervaren. Aan de ene kant ben ik me ervan bewust dat het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksstrategie zeer verbonden is aan de situatie en aan de subjectieve perspectieven van de geïnterviewde zorgmedewerkers. Maar de verzameling en vergelijking van specifieke casussen biedt ook de mogelijkheid om de reflectie diepgang te geven. Daarom is het niet mijn doel om een te generaliseren over wat er is gebeurd en beleefd in verpleeg-verzorgingshuizen tijdens de Covid-19 pandemie.

2.4.1 Begripsbepaling

Bij de operationalisering van de onderzoeksvragen en in de interviews met zorgmedewerkers over hun ervaringen tijdens de pandemie in het verpleeghuis-verzorgingshuis gebruikte ik als uitgangspunt een aantal begrippen om de casussen te analyseren (zie Bijlage 1). Deze begrippen zijn: maatschappelijke en gezondheids crisis, verlieservaring, rouw, afscheidsritueel, lichamelijke en betekenisgeving. Ik omschrijf ze als volgt:

Maatschappelijke en gezondheids crisis in Nederland

Ik gebruik de term 'maatschappelijke en gezondheids crisis' om de context en impact van de uitbraak van de Covid-19 pandemie in Nederland te duiden. Het gaat om het verloop en de verandering van de pandemie door de snelle verspreiding van het corona virus in de samenleving. Covid-19 was een pandemische ziekte die door de toepassing van verschillende maatregelen werd bestreden. De verschillende problemen die er speelden rondom de bescherming van kwetsbare groepen lieten de sterke impact van deze gezondheids crisis op de samenleving zien. Ook kwamen er een aantal morele dilemma's naar voren die nog jarenlang een rol zullen spelen in discussies over de zorg voor alle burgers (Ruiter et al., 2022).

Verlieservaring

Het begrip verlieservaring wordt vaak in verband gebracht met de dood van cliënten of een dierbare. Maar verlieservaringen horen ook bij andere vormen van verlies die pijn en verdriet oproepen zoals de dood van een dier, de confrontatie met het verlies van gezondheid of van een baan, een relatiebreuk met vrienden, een echtscheiding, het falen bij een belangrijk examen of het kwijtraken van een levensperspectief (Keirse, 2020: 8-9). De gebeurtenissen kunnen verschillend van aard zijn maar wat ze aangeven is dat iets zodanig eindigt dat het een diepe indruk op een persoon maakt. De gevoelens van verdriet en rouw komen naar voren omdat er een emotionele band of betrokkenheid bestond. Er zijn soms verwachtingen die nooit zullen uitkomen of er zijn ook verliezen die intens zijn, waarbij iets sterft in jezelf of waardoor je beeld van iets of iemand verandert en niet hersteld kan worden.

Rouw

Rouw is een reactie die iemand kan ervaren na elke vorm van verlies (Keirse, 2020: 16). Rouw wordt voornamelijk geassocieerd met het sterven van een familielid of dierbare. Dit is de bekendste vorm van rouw in de maatschappij. Daarnaast heeft rouw verschillende aspecten: persoonlijke emoties; verandering in je sociale contacten met je familie en vrienden; een maatschappelijke dimensie (Keirse, 2020: 293). De afscheidsrituelen zijn gebruikelijke voorschriften in de samenleving om de overgang tussen het leven en de dood te markeren zodat het sterven, afscheid nemen en rouwen erkend worden. Dit heeft een sociale en psychologische functie voor de levenden. Het geeft ruimte om de ervaring van verlies onder ogen te zien en de gevoelens van verdriet en pijn te integreren in het levensverhaal (Walter, 1996). Rouw is niet een passieve gesteldheid en het is ook geen depressie. Maar het toont zich door intens verdriet, hopeloosheid, boosheid, eenzaamheid, schuldgevoelens, spanning, nervositeit of lichamelijke klachten. Dit zijn verschillende manieren waarop emoties zoals pijn en verdriet zich kunnen uiten. Keirse wijst in een interview (Rossaert, 2018:15) op drie valkuilen met betrekking tot de omgang met rouwende mensen. De eerste is het idee dat het mogelijk is om zich verplaatsen in het verdriet van de andere. Dit is een foutieve manier van denken. Elke rouw en elke rouwende is anders. De tweede valkuil is de neiging die hulpverleners hebben om iets te willen doen aan het verdriet. Het is beter om een nederige houding aan te nemen van

getuigenis en de rouwende zijn eigen weg te laten vinden om met de pijn om te gaan. De derde valkuil is het niet luisteren naar degene die het verlies heeft ervaren. Daarom is een zorgzame benadering, die rouwende mensen zelf de ruimte en tijd geeft om het verlies een plaats te geven, de beste manier om de wonden te laten helen.

Afscheidsritueel

Afscheidsritueel is een specifieke handeling van begeleiding rondom de dood van een persoon, waarbij afscheid genomen wordt. Naasten en zorgverleners nemen afscheid van de stervende persoon of de overledene, gedenken de persoon en staan stil bij het verlies. Het afscheidsritueel weerspiegelt een “rite de passage” (Van Gennep, 1977), het overgangsritueel dat de transitie van leven naar de dood van een bewoner markeert. Van Gennep (1977) onderscheidt in “rites de passage” een sacrale en profane dimensie. Het afscheidsritueel heeft ook een vaste structuur die drie fasen omvat: 1) afscheid; 2) overgang en 3) integratie. Quartier (2010a; 2010b) wijst erop dat het overgangsritueel in de moderne samenleving gepersonaliseerde karakteristieken heeft waarbij de structuur en betekenis van het ritueel meer variabel van aard zijn geworden. Rituelen zijn vanzelfsprekende, eenmalige of herhaalde symbolische handelingen die formules en teksten van verschillende levensbeschouwingen belichamen. De betrokkenen kunnen lichamelijk en interactief aan het ritueel deelnemen. Bij afscheidsrituelen horen daarom symbolische handelingen tijdens of voor het sterven en tijdens de uitvaart of herdenking.

Betekenisgeving

Betekenisgeving beschrijft de persoonlijke zingeving die een individu toekent aan gebeurtenissen om die een plaats te geven binnen de eigen referentiekaders. Volgens Westerhof en Bohlmeijer (2010) kan het begrip als volgt worden gedefinieerd:

Persoonlijke zingeving verwijst naar een psychologisch proces, waarbij mensen in interactie met de sociaal-culturele omgeving betekenis toekennen en richting geven aan hun leven en het daarmee in een breder perspectief plaatsen (p.138).

Zingeving kan een levensbeschouwelijke of een existentiële invulling krijgen. Bij levensbeschouwelijke visies gebruikt men bronnen van zingeving gebaseerd op religieuze tradities of vanuit een systeem van denken over het leven zoals het humanisme. Levensbeschouwelijke normen en waarden kunnen een rol spelen om betekenis te geven aan de gebeurtenissen in het leven. De existentiële benadering is vooral geassocieerd met alledaagse zingeving die met werk, relaties, hobby's en persoonlijke ontwikkeling verbonden zijn.

Levensbeschouwelijke achtergrond

Levensbeschouwelijke achtergrond is een brede manier om vragen over de zin van het leven te beschouwen. Welke zijn de visie, het mensbeeld of de handelingen die een individu hanteert om naar het leven te kijken? Religie en levensbeschouwing lijken op elkaar, maar het verschil is dat de monotheïstische religies en hun heilige teksten fundamentele bronnen zijn voor de geloofsleer en ethiek terwijl de levensbeschouwing zowel ingebed kan zijn in religieuze oriëntaties als in culturele tradities of seculiere opvattingen. De levensbeschouwelijke achtergrond laat zien met welke perspectief iemand in het leven staat.

2.5 Operationalisering

Het onderzoek is uitgevoerd in het verpleeg-verzorgingshuis Het Anker in Voorburg, Den Haag, waar ik al eerder stage als geestelijke verzorger had gelopen. De huidige geestelijke verzorger in deze locatie en de toestemming van het managementteam van het huis hielpen om het onderzoek te starten. Nadat ik de eerste zorgmedewerkers had benaderd zette ik het onderzoek voort met de vraag aan de geïnterviewde zorgmedewerker of zij mij in contact met een volgende collega kon brengen. De intentie

was middels *snowball sampling* tot zes casussen te komen.⁵ Deze manier van sampling heeft niet altijd gewerkt omdat de volgende collega niet beschikbaar was of niet wilde meedoen. Daarom heb ik deelnemers geworven in verschillende netwerken binnen Het Anker, hetgeen van mij extra tijd en inzet heeft gevraagd. Nogmaals, het doel was niet om een kwantitatief en generaliserend inzicht in de thema's te verwerven, maar om een verkenning te maken op een inhoudelijke en diepgaande manier. De Walt en De Walt (2011:129) wijzen erop dat in kwalitatief onderzoek individuele perspectieven of casussen leiden tot verscheidenheid omdat iedere participant de eigen visie en opvattingen hanteert.

Het verpleeg-verzorgingshuis Het Anker in Voorburg is onderdeel van de WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) die ik later in hoofdstuk vier zal voorstellen. Voor de selectie van elke casus (individuele participant) hanteerde ik als criteria de functie en het aantal jaren dat een medewerker werkte bij WZH. De tabel hieronder beschrijft algemene kenmerken van de deelnemers aan dit onderzoek.

Informanten	Functie	Aantal jaren werkzaam bij WZH	Datum Interview
Casus 1	Activiteitbegeleider I	40 jaar	23 mei
Casus 2	Activiteitbegeleider 2	18 jaar	23 mei
Casus 3	Verzorgende I	18 jaar	1 juni
Casus 4	Verpleegkundige I	40 jaar	18 mei
Casus 5	Woonbegeleider I	7 jaar	24 juni
Casus 6	Woonbegeleider II	3 jaar	30 juni

Ter voorbereiding van de gesprekken heb ik contact met de informanten gelegd via email, waarin ik informatie over het onderzoek heb gegeven en een topic-lijst heb bijgevoegd (zie bijlage 1). Tijdens het gesprek heb ik opnieuw de doelstellingen toegelicht. De

⁵ Snowball sampling is een methodiek om casussen te selecteren. Hierbij begint de onderzoeker met een eerste informant te interviewen en vraagt daarna aan deze persoon om een volgende persoon van zijn netwerk te aan te raden. Zo komt de onderzoeker bij opeenvolgende deelnemers (Verschuren & Doorenwaard, 2007:186).

deelnemers gaven mondeling en schriftelijke toestemming om audio-opnamen op te slaan, de geluidsopname uit te schrijven (transcriptie) en de anoniem gemaakte transcripten te gebruiken voor academische doeleinden.⁶ De gesprekken zijn in mei en juni 2022 gevoerd.

2.5.1 Data-analyse met hulp van Atlas.ti

De analyse is gestuurd door de hoofdvraag van het onderzoek: *Hoe beschrijven en ervaren zorgmedewerkers in een verpleeg-verzorgingshuis voor ouderen lichamelijkeid, sterven, dood en afscheid van bewoners tijdens de coronapandemie?*

De analytische stappen om deze vraag te beantwoorden vereisten dat eerst de transcriptie van elke semi-gestructureerd interview werd bestudeerd. Voor de verkenning van de gegevens heb ik de clusters van vragen in de topic-lijst gevolgd zoals: 1) de beschrijving van de situatie in het verpleeghuis voor en na de pandemie; 2) de bejegening van cliënten betreffende lichamelijkeid/contact/betrokkenheid en aandacht; 3) reacties op gevallen van verlies en sterven gedurende de pandemie; 4) ervaring van afscheidsritueel die worden genoemd en 5) de levensbeschouwelijke achtergrond van de informant.

Met hulp van Atlas.ti versie 22 kon ik aan de slag gaan met het coderen van de interviews. In het proces heb ik eerst 47 relevante begrippen geïdentificeerd door middel van open coderen.⁷ Daarna heb ik acht specifieke thema's gecategoriseerd die de inhoudelijke basis van de analyse vormen, namelijk: 1) afscheid nemen; 2) sterven tijdens de pandemie; 3) omgaan met overlijden; 4) afstand houden; 5) vereenzaming; 6) lichamelijkeid; 7) goede zorg en 8) rouwverwerking. Dit zijn de zogeheten "sensitizing concepts" (Bowen, 2006:14) die afwijken van mijn beginconcepten. Deze inductieve strategie stelt de waarneming van de werkelijkheid centraal en is daarmee bij uitstek geschikt om de casussen te bestuderen (Verschuren & Doorewaard, 2007:163). Aan elke begrip heb ik opvattingen en ervaringen van informanten gekoppeld, zodat ik mijn reflectie over hun verhalen kon uitwerken.

⁶ Deze toestemmingformulieren en de transcripties van de interviews zijn bij opvraag beschikbaar.

⁷ Zie lijst "open coderen" en groepen code in bijlage 2.

2.5.2 Opzet scriptie

De interpretatie van de casussen is ingebed in een theoretische context die ik in hoofdstuk drie zal uitwerken. Vervolgens ga ik in hoofdstuk vier dieper in op de analyse en bespreking van de ervaringen van de geïnterviewde zorgmedewerkers. Ik plaats daar de begrippen *lichamelijkheid, sterven, dood en afscheidsritueel* centraal volgens de perceptie en ervaringen van de informanten. Tenslotte zal ik in hoofdstuk vijf in de conclusies met behulp van de inzichten uit hoofdstuk drie en vier een antwoord geven op de vraagstelling van de scriptie en reflecteren op de bredere relevantie van de onderzoeksbevindingen.

3. THEORETISCHE ACHTERGROND

In dit hoofdstuk werk ik de theoretische achtergrond van dit onderzoek uit. Eerst besteed ik aandacht aan de uitgangspunten van de zorgethiek op basis van Tronto's (1993) visie. Daarnaast komen de opvattingen van Baart (2003; 2004; 2007; 2018) over de presentietheorie aan bod. Vervolgens wordt de visie op de lichamelijke vanuit het antropologische perspectief van Le Breton (2018; 1991) besproken.

3.1 Zorgethiek

De relatie tussen bewoners en zorgmedewerkers in het verpleeghuis-verzorgingshuis wordt gekenmerkt door een situatie van kwetsbaarheid van de bewoners. Daarin krijgen ouderen intensief zorg, ondersteuning en begeleiding. De zorgmedewerker draagt zowel bij aan de kwaliteit van het leven als aan de autonomie van de cliënt. De zorgmedewerker in het verpleeg-verzorgingshuis verleent zorgfuncties, waarbij het niet gaat om inmenging in de medische toestand van de cliënt of het oplossen van lichamelijke of geestelijke beperkingen. Er is geen mentaliteit van fixen die de uitoefening van de zorgfuncties van de zorgmedewerkers motiveert. Wat centraal staat is het contact met de cliënten en de erkenning van hun situatie gedurende de zorgverlening. Dit perspectief op de zorg laat een ethische benadering zien waarbij een gestreefd wordt naar aandacht geven en “er zijn” voor de cliënt.

De motivatie, de handelingen en de praktijk van de zorgmedewerker zijn dus georiënteerd op het verlichten van lijden om het leven van een cliënt draagbaar en aangenaam te maken binnen een intermenselijke verhouding. Daarom wordt vanuit de zorgethiek een andere visie gehanteerd op de betekenis van goede zorg dan vanuit een medische benadering, vooral in de laatste levensfase. De medische ethiek van de zorg geeft nauwelijks aandacht aan morele vragen over de betekenis van ziekte en lijden, maar stelt het medisch handelen centraal. Vervolgens krijgt de toepassing van medische techniek veel aandacht. Tenslotte is de rol van patiënten steeds belangrijker. Het is aan hun om te besluiten wat zij wel of niet willen binnen de behandeling. Het principe “respect voor autonomie” neemt een prominente plaats in binnen de medische ethiek (Delden, Hertogh & Maschot, 1999:63) waarbij goede zorg wordt gezien als een product of een vermarkte dienst.

In de zorgethiek benadering wordt een mens gezien als zowel een autonoom en vrij als kwetsbaar en behoeftig individu. In alle fasen van het leven heeft iemand zorg nodig en is er iemand betrokken bij deze zorg. De kwaliteit van zorg wordt gekoppeld aan de aanwezigheid, het contact, de aandacht en de betrokkenheid van de verzorger. In de zorgpraktijk zijn er geen afzonderlijke handelingen maar zijn er een reeks van handelingen op diverse niveaus die als holistisch en geïntegreerd beschouwd worden (Timmerman, et al., 2021). Deze auteurs wijzen erop dat:

(...) care is not a set of separate care acts, but a ‘practice’, an ‘interplay of sayings, doings, undergoing and artefacts’ crossed by other practices and involving many different aspects and levels. (p.193)

De uitgangspunten dat zorgethiek (*ethics of care*) als politieke praktijk gezien moet worden is een centraal argument in de feministische theorie waarvan Tronto's visie (1993) een voorbeeld is. Deze auteur presenteert in haar boek “*Moral Boundaries – A political Argument for an Ethic of Care*” een politiek argument over menselijke relaties vanuit een zorgethisch perspectief. In het bijzonder gaat het haar om een kritische benadering van de associatie tussen vrouwen en natuurlijke aanleg voor zorgtaken. De aanname dat vrouwen geneigd zijn tot meer verantwoordelijkheid, compassie, aandacht en opvoeden zijn misleidend en

historisch geconstrueerd, waarin vrouwen geassocieerd blijven met morele sentimenten en het private domein, terwijl mannen rationele, werkende en publiek wezens zijn. In Tronto's analyse wordt duidelijk dat moraliteit altijd gecontextualiseerd en geconstrueerd is, waarin genderrollen gedefinieerd worden. Niettemin stelt Tronto's perspectief dat de samenleving een andere moraal nodig heeft waarin principes van onderlinge afhankelijkheid centraal staan. Deze visie staat tegenover het idee van het volledig autonome individu. Tijdens het traject van het leven zijn mensen van elkaar afhankelijk en met elkaar verbonden. Ook bieden zij elkaar vaak hulp en zijn ze betrokken bij zorgactiviteiten. Zorg vloeit niet alleen voort uit een individuele, persoonlijke instelling. Wanneer zorg wordt opgevat als slechts een individuele dispositie is er een neiging om dit te begrijpen door het prisma van het individu en zijn emoties. Dit standpunt ziet zorg als de goede wil van de zorgverlener en stelt dat zorg bestaat vanwege de toewijding die iemand heeft om voor de ander te handelen. Op deze manier wordt de zorgactiviteit geromantiseerd. Dergelijke morele grenzen verhinderen dat we de zorgethiek beschouwen als politiek ideaal en fundament van een nieuwe moraal.

De zorgethiek distantieert zich ook van deze romantische interpretatie door te benadrukken dat zorg een proces van praktijken (*proces of practices*) is. Zorgverlening omvat een reeks gekoppelde acties en gedachten met een doel. Daardoor vertaalt zorg zich in een vorm van praktische rationaliteit waarbij rekening moet worden gehouden met: a) de context van de praktijk, die geïdentificeerd moet worden. Het verlenen van zorg is vooral gericht op het faciliteren en attenderen van behoeften van mensen in een bepaalde context. Daarom zijn de manieren om op zorg te reageren grotendeels cultureel bepaald en bevatten ze veel varianten; b) de interesses en mogelijkheden van mensen die betrokken zijn bij de zorgpraktijk en c) de rol van zorgverleners. Deze kenmerken verruimen volgens Tronto (1993) de betekenis van zorgethiek.

Daarnaast is de beschrijving van zorgethiek gebaseerd op vier bepalende onderdelen van het zorgproces die analytisch gescheiden kunnen zijn maar met elkaar te maken hebben. Het eerste element is de notie van 'zorgen om', namelijk het gevoel te erkennen dat zorg nodig is. Bovendien wordt verondersteld dat het voldoet aan iemands behoefte. Iemand stelt zich beschikbaar om daarin te voorzien. Het tweede element verwijst naar 'zorgen'. Het gaat om het nemen van verantwoordelijkheid voor de zorgbehoefte. Het derde onderdeel is gericht op 'zorg geven', het voorzien van de behoefte waarbij fysiek werk en

de participatie van een verzorger betrokken zijn. De laatste component heeft betrekking op 'zorg ontvangen', wie zorg ontvangt reageert op wat hij ontvangt. Vanuit deze constitutieve elementen van zorg wijst Tronto (1993:127) op vier ethische zorgelementen: aandacht, verantwoordelijkheid, bekwaamheid en reactievermogen.

Aandacht vereist een moreel vermogen om de behoefte te herkennen. Als de persoon niet attent is, gebeurt er niets voor de persoon die zorg nodig heeft.

Verantwoordelijkheid is een van de centrale categorieën in de zorgethiek. In dit verband maakt Tronto (1993:131) twee opmerkingen. De eerste opmerking verwijst naar het gevoel dat verantwoordelijkheid meestal wordt opgevat als de formele vervulling van verplichtingen. Volgens Tronto zou de betekenis verder moeten worden uitgebreid. Verantwoordelijkheid is ingebed in een impliciete reeks culturele praktijken in plaats van in een reeks regels of beloften. Haar tweede opmerking is dat verantwoordelijkheid altijd om evaluaties vraagt en daardoor een flexibel karakter heeft.

Competentie verwijst naar adequaat, bewust handelen bij het verlenen van zorg. Deze morele voorwaarde is nodig om de zorg goed te kunnen uitoefenen.

Reactievermogen of responsiviteit vormt het vierde morele aspect, dat inhoudt dat we de behoeften van anderen begrijpen boven die van onszelf. Deze reactie op de zorgbehoefte van de ander moet zich echter in de positie van de ander verplaatsen en open staan voor de behoefte van degenen die zorg nodig hebben zoals die door de persoon wordt uitgedrukt.

Tot slot vereist de visie op goede zorg binnen de zorgethiek dat de vier fasen van het zorgproces worden geïntegreerd. Ook moeten de vier morele elementen met elkaar samenhangen. Deze integratie wordt niet gezien als iets eenvoudigs en zonder conflicten. De dilemma's die inherent zijn aan het zorgproces vereisen zowel een actieve morele betrokkenheid vanuit een individueel oogpunt als de ontwikkeling van een diepgaande kennis van de situaties, de behoeften en competenties van elke betrokken actor.

3.2 Presentietheorie

In de presentietheorie zien we een uitwerking en ontwikkeling van de principes van de zorgethiek op basis van de uitgangspunten van Tronto en andere zorgethici (Baart, 2018:73). De presentietheorie benadrukt de manieren van er zijn en doen in de zorgpraktijk. Dit “er zijn” of relationele zorg is de basis van de reflectie ontwikkeld door Baart (2003; 2004; 2007). Hij schrijft dat:

Karakteristiek voor de presentiebenadering is: er zijn voor de ander, alles draait om de goede en nabije relatie (veel meer dan om het koste wat kost wegpoetsen van problemen), om zorg, om de waardigheid van de ander, om de basale act van erkennen, zodat de ander – hoe gek, hoe anders ook – voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd), om alledaagse werkvormen, om verhalen, om nauwgezette afstemming op de leefwereld, om de wil de ander uit te graven, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven (ook als zo ongeveer alles aan hem of haar niet meer deugen wil), om een soort voorzichtige traagheid en een zogeheten ‘latende modus’ van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat. (Baart, 2007:15)

Deze visie stelt kritische vragen aan de handelingen en praktijken in de huidige situatie van de zorg. Het pleidooi is dat de zorgmedewerker zoekt naar een balans in de relatie met de cliënt om de goede zorg te verlenen. Dus, goede zorg of relationele zorg hangt af van aandacht, nabijheid, communicatie, aanraking en het voldoen aan de behoeften van de cliënt.. Volgens Baart (2007):

Kortom: presentie is een aandachtige, menslievende manier van goede zorg bieden, waarbij het ‘er zijn met’ de ander voorafgaat aan ‘er zijn voor’ de ander. Presentie wordt door vele goede zorggevers (dikwijls illegaal, in het geheim, tegen de stroom en tegen de verdrukking) al beoefend: de praktijk bestaat soms wel, maar de rechtvaardiging en doordenking ontbreken te vaak. (p.6)

Daarom worden door de presentietheorie een aantal thema's benadrukt. Deze thema's zijn niet vanzelfsprekend en eisen van zorgverleners verdieping in de praktijk. Verdere reflectie op de kenmerken van de presentietheorie is noodzakelijk om ze in de praktijk te hanteren. Daarom stelt Baart (2007: 6-7) een paar vragen die gekoppeld zijn aan thema's. Hieronder geef ik een korte samenvatting van zijn gedachten:

- *Betrokkenheid.* Het gaat om een concrete visie over wat het eigenlijk is om betrokken te zijn. Welke vormen van betrokkenheid zijn er en hoe onderscheidt men professionaliteit en goed vrijwilligerswerk van betrokkenheid?
- *Lijden en troosten.* De zorgmedewerker ervaart lijden in de relatie met de bewoners. Dit betekent dat de medewerkers empathische vermogen tonen in de zorgrelatie en de situatie van bewoners blijft soms bij hen resoneren. Daarom komen er vragen op zoals wat is lijden, wat is leed, wat betekent het als je het leed van nabij voelt? En wat kan jij doen wanneer je als beroepskracht je onmacht voelt? Is er troost? Hoe definieer je troost?
- *Er zijn als een vriend.* De presentiebeoefenaar blijkt door de client en zijn familieleden of naasten gezien te worden als een vriend. Hoe denk je een goed professional te zijn en tegelijkertijd 'er zijn als een vriend'?
- *Vertrouwen en vertrouwd zijn.* Dit betekent dat het contact tussen zorgmedewerker en cliënt een sterk gevoel van veiligheid geeft. De relatie is minder geregeld door protocollen of voorschriften en meer opgebouwd vanuit wat met elkaar afgestemd is.
- *Eer, waardigheid en kracht.* Het blijkt dat behoud van waardigheid, uitgaan van wat een bewoners nog kan, van zijn/haar kracht ook telt naast de hulp die zij/hij krijgt. In sommige gevallen weigeren mensen hulp als ze zich in hun eer aangetast voelen.
- *Aandacht en menslievendheid.* Dit zijn de basishoudingen binnen de presentiebenadering en stelt een open en trouw aangaan van betrekkingen voor met de ontvanger van zorg.
- *Wat is goede zorg eigenlijk?* Vanuit een kritische benadering komen wij bij vragen over wat goede zorg is. Hoe kan die herkend worden? Hoe zorg je dat goede zorg verleend wordt. Hoe weet je wat er onderdeel van is?
- *Aansluiten bij de ander.* Dit houdt in dat we nadenken over de kwaliteit van de manier om zich met elkaar te verhouden. Kun je alleen een beetje aansluiten? Is aansluiten

hetzelfde als op dezelfde lijn zitten? Bestaat er nog ruimte om afstand te houden en zich kritisch te verhouden tot de situatie?

- *Nabijheid en afstand.* Hoewel het idee van afstand houden en niet persoonlijk zijn in de zorgrelatie overheerst, neemt de presentietheorie een ander standpunt in. Er bestaat de mogelijkheid om nabij te zijn zonder zichzelf te verliezen en toch eigen grenzen te bepalen.
- *Tragiek en noodlot.* Er bestaan situaties waarbij ondanks goede hulp en steun niet zoveel meer kan worden verricht. Dat “beter maken”, “verbeteren” niet altijd mogelijk is. Hoewel er professioneel mee omgegaan wordt is het moeilijk dit toe te geven. Maar wanneer het besluit genomen wordt om door te behandelen, krijgt de zorgmedewerker toch het gevoel dat mensen leed en geweld aangedaan wordt. De presentiebenadering biedt houvast wanneer het onmogelijk wordt om door te behandelen.
- *Eenzaamheid en kwartiermaker.* Presentie haalt mensen uit het gevoel van eenzaamheid dat de kern is van leed. Dit gebeurt met de erkenning dat er soms niet zoveel meer te doen is maar er toch aandacht is om iemand niet alleen achter te laten. Waken is iets dat mensen nog wel kunnen doen (Hiemstra, 2018).

De aandachtspunten vanuit de presentietheorie zijn tegenovergesteld aan de manieren waarop het medische gezondheidssysteem georganiseerd is. Dit systeem functioneert natuurlijk met de intentie om zo veel mogelijk *no harm* te verrichten en dat elke cliënt professioneel, efficiënt en met zorg behandeld en geholpen wordt. Kwalitatief zorg geven vormt een belangrijk speerpunt van het huidige zorgsysteem waarin de definitie van kwaliteit veelal gekoppeld is aan bedrijfskundig managementdenken (Baart, 2018:24). Dit vereist een pragmatische verhouding tot de cliënt en is gekoppeld aan veel administratieve handelingen waardoor zorgmedewerkers zich te gestrest en uitgeput voelen om de organisatorische rompslomp af te wikkelen. Verschillende evaluaties van de kwaliteit van de zorg laten de morele vragen over wat goede zorg is zien (Timmerman et al., 2021:191; Baart, 2018:79). Tevens benadrukt Mei-The (2005:194-199) hoe zorgmedewerkers gemotiveerd zijn voor hun werk en emotioneel betrokken zijn bij de bewoners. Het besef dat de bewoners in hun laatste levensjaren zijn en daardoor extra zorg verdienen maakt dat zorgmedewerkers veel problemen verdragen zoals overwerken, stress en racistische opmerkingen. Tegelijkertijd wijst de auteur erop dat deze problemen in het verpleeghuis

verborgen blijven zonder dat de samenleving ze leert kennen en bespreekbaar maakt wat in het verpleeghuis speelt. Dat komt omdat het zorgsysteem geen financiële prioriteit aan de ouderenzorg geeft.

De presentietheorie geeft een kritische visie op een hypermoderne en welvarende samenleving die subtiele manieren van verlating, verwaarlozing en afstandelijkheid structureert door zorg te benadrukken als *bio-politics* (Foucault, 1979; 1994), waarbij het ontbreekt aan aandacht voor zowel een relationele betrokkenheid bij de cliënt die behoeftig is als voor de zorgmedewerkers die zich inzetten om de zorg te verlenen in het verpleeg-verzorgingshuis. Het begrip bio-politics geeft de intersectie weer tussen macht en het individuele en autonome lichaam. Keuzes die gemaakt worden op het niveau van het systeem of vanuit een bepaald zorgbeleid hebben direct gevolgen voor de relatie tussen zorgmedewerker en cliënten en zelfs voor de autonomie van de hulpzoekende.

3.3 Antropologie van het lichaam

Ik stel dat het lichaam ook een belangrijk onderdeel van de presentietheorie is hoewel Baart (2004) als hij over aandacht reflecteert daar niet specifiek iets over zegt. Dit gaf mij aanleiding om verdere verdieping van dit aspect te zoeken in de theorie van David Le Breton (2018; 2009;1991). Deze auteur heeft als uitgangspunt het idee dat het lichaam is geconfigureerd in een sociale en culturele context waarin individuen handelen, denken en leven. Dit betekent dat het lichaam gezien kan worden als een semantisch veld. Percepties van gevoelens, gebaren, labels, omgangsgewoonten, technieken die worden gebruikt om met het lichaam om te gaan alsmede de relatie met lijden, fysieke verschijning en uitdrukkingen van het lichaam construeren betekenis. Het lichaam staat in relatie met zijn omgeving. Dit zintuiglijke veld verbreedt het begrip van relaties tussen individuen. Het lichaam als sociaal construct ondermijnt het idee dat het lichaam alleen een fysiek fenomeen is en stelt voor het lichaam te beschouwen als het resultaat van een culturele en maatschappelijke uitwerking.

Le Breton (2018) licht dit als volgt toe:

Het lichaam bestaat niet in een natuurlijke staat, maar wordt altijd opgevat in een web van betekenis, zelfs in schijnbare manifestaties van rebellie, wanneer de transparantie van de fysieke relatie van het individu met de wereld tijdelijk wordt verbroken (pijn, ziekte, vreemd gedrag, enz.). Specialisten die in dit opzicht verloren zijn (dokters, genezers, psychologen, sjamanen, tovenaars, enz.) grijpen in om het mysterie te benoemen, het ontstaan ervan te verklaren, de orde te herstellen in de gemeenschap en in de man die er het slachtoffer van is. Zij zijn degenen die de weg wijzen die moet worden gevolgd om de uitroeiing van het probleem te vergemakkelijken (p.40).

El cuerpo no existe en estado natural, sino que se concibe siempre en una trama de sentido, incluso en las manifestaciones aparentes de rebeldía, cuando se rompe provisionalmente la transparencia de la relación física del individuo con el mundo (dolor, enfermedad, comportamientos extraños, etc.). Los especialistas en este sentido perdido (médicos, sanadores, psicólogos, chamanes, brujos, etc.) intervienen para nombrar el misterio, explicar su génesis, restablecer el orden en la comunidad y en el hombre que es su víctima. Son ellos quienes señalan el camino que se debe seguir para facilitar la erradicación del problema (p. 40).

Dit citaat van Le Breton is een pleidooi dat de betekenis van het begrip lichaam niet alleen wordt samengevat in een biologische dimensie maar kan worden begrepen vanuit een sociaal-antropologisch perspectief. In zijn denken moet de analyse van het lichaam ook als een symbolische constructie gezien worden. Dit houdt in dat het denken over het lichaam relationeel is en in een sociale context staat. Aan de ene kant wordt de biomedische kennis over het lichaam als legitiem en uniek gepresenteerd. Het wordt opgelegd als een onweerlegbare en officiële waarheid over het menselijk lichaam. Geneeskunde en biologie hebben een status van waarheid, die binnen de universiteiten

wordt uitgedragen. Alternatieve geneeswijzen zoals onder meer homeopathie, acupunctuur of ayurvedische geneeskunde zijn in strijd met de medische kennis en stellen vragen over het monopolie van de 'waarheid' over het lichaam. Alternatieve medicijnen zijn gebaseerd op culturele tradities of andere bronnen zoals volkswijsheid. De conflicten tussen deze twee denkbeelden over het lichaam zijn ook een aanwijzing dat de analyse van het lichaam een sociale dimensie heeft.

Vanuit deze sociaal-antropologische opvatting geeft Le Breton (2018:48) inhoudelijke betekenis aan de notie 'lichamelijke technieken' (*les techniques du corps*). Dit concept is ontleend aan Marcel Mauss (1950) en betekent een reeks gecodificeerde gebarendynamieken, met als doel een praktische of symbolische werkzaamheid te bereiken. Binnen de verschillende technieken benadruk ik voor de doeleinden van mijn analyse en reflectie in deze scriptie de technieken van lichaamsverzorging en de technieken van consumptie. Ik doel hier op lichamelijke verzorgingstechnieken zoals onder meer bewoners uit bed halen, verschonen, wassen, aromatiseren en aankleden. Consumptietechnieken zijn gekoppeld aan het eten. In het verpleeghuis worden deze essentiële werkzaamheden verricht door de zorgmedewerkers, vooral door verzorgenden en woonbegeleiders. Daarom heb ik het thema lichamelijke meegenomen als aspect in mijn onderzoek.

De observatie en beschrijving van lichamelijke technieken zijn instrumenten om de relatie met en representaties van het lichaam te begrijpen. Ze helpen bij het decoderen van zintuiglijke uitdrukkingen die verband houden met psychologische, sociale en culturele ervaringen in een context. Tijdens de Covid-19 pandemie worden de lichamelijke technieken in een ander licht geplaatst, dat wil ik zeggen dat afstand houden, een knuffel geven of iemand opbeuren door handgeven niet mogelijk waren. In de eerste golf zijn veiligheidsmaatregelen genomen om lichamelijke contact te verminderen of zelf aanrakingen af te raden. Dit verstoort de gewone verzorgende relatie tussen zorgmedewerkers en bewoners. In het onderzoek komen de ervaringen hierover en de veranderingen die eruit voortvloeiden naar voren.

4. ANALYSE EN INTERPRETATIE VAN HET KWALITATIEVE ONDERZOEK

4.1 De onderzoekscontext⁸

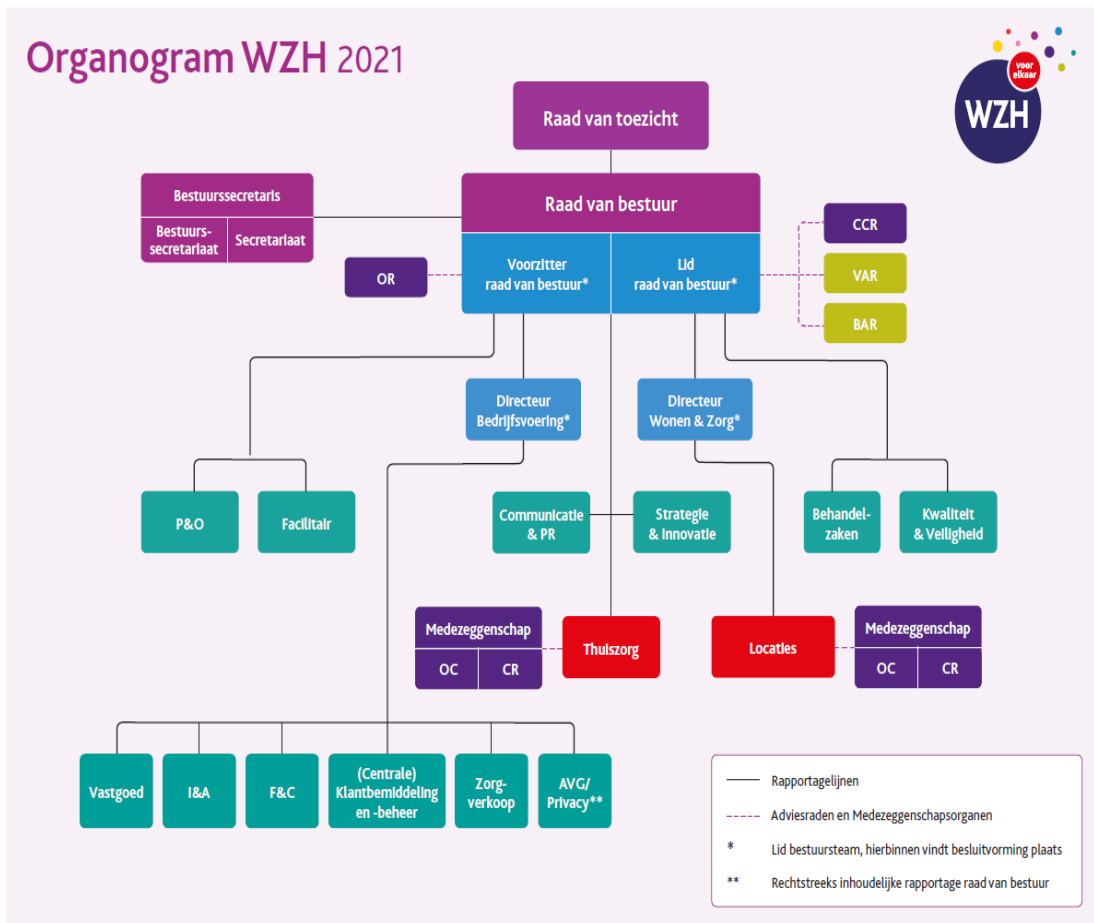
4.1.1. *Organisatie, Missie en Visie van WZH*

WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) biedt zorg, begeleiding, ondersteuning, welzijn en geborgenheid aan ouderen in thuissituatie, kwetsbare ouderen, mensen met dementie en mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) op 14 verschillende locaties die verspreid zijn over Den Haag, Leidschendam-Voorburg en Zoetermeer. De WZH-kaders worden op het niveau van de raad van bestuur en directeuren bedrijfsvoering en wonen en zorgen vastgesteld. Daarnaast heeft iedere locatie een managementteam dat ruimte heeft om invulling aan de uitvoering te geven. Dit betekent dat iedere locatie zijn eigen identiteit heeft, gebaseerd op de woonbehoeften, historie, cultuur en zorg. Op centraal niveau zijn er ook ondersteunende diensten zoals: dienst behandelenzaken en facilitaire dienstverlening die voor de 14 locaties werken. Er bestaan ook de volgende medezeggenschapsorganen binnen WZH: een cliëntenraad, lokale cliëntenraden, een ondernemingsraad en lokale onderdeelcommissies. Bovendien is er op centraal niveau een verpleegkundige en verzorgende adviesraad (VAR) en een behandeladviesraad (BAR). Sommige locaties hebben nog een vrijwilligersadviescommissie (VAC). De medezeggenschapstructuur voor medewerkers bestaat uit een centrale ondernemingsraad (OR) en onderdeelcommissies (OC) voor elke locatie en voor de thuiszorg.

Onderstaande afbeelding, een organogram, toont het bestuursmodel van de WZH:

⁸ Deze paragraaf 4.1 is gebaseerd op passages uit mijn stageverslag: Damacena Martins, Andréa, *Eindverslag beroepsstage Geestelijke verzorging*, 26 januari 2022 (Master Religiewetenschappen/Geestelijke Verzorging, Radboud Universiteit).

Organogram WZH 2021



Bron: WZH Jaardocument (2020)

Voor het bestuur en organisatie van WZH is gekozen voor een model waarbij directie en ondersteunende stafdiensten centraal georganiseerd zijn. De locaties en de thuiszorg zijn zelfstandige, decentrale onderdelen die zelf verantwoordelijk zijn voor hun omzet en resultaat. De locaties hebben een eigen (locatie)management, een eigen onderdeelcommissie (OC) en een eigen cliëntenraad (CR). De locatiemanager is integraal verantwoordelijk voor het aansturen van het woonzorgcentrum en het behalen van de beleidsdoelstellingen. Dit geldt ook voor de thuiszorg. Het bestuur is eindverantwoordelijk en voert de dagelijkse leiding over de gehele organisatie. Lijn- en stafmanagers zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid en het implementeren van procedures en werkwijzen. Dat gebeurt multidisciplinair en over diensten en organisatieonderdelen heen. Door deze wijze van organiseren zijn lijn- en

stafmanagers nauwer betrokken bij WZH-brede zaken en wordt het eigenaarschap vergroot.⁹

De missie van de organisatie luidt in eigen woorden als volgt:

“Wij beloven onze thuiswonende cliënten en bewoners van onze locaties ons hoofd, hart en handen bij het ondersteunen van het leven in eigen stijl. Het uitgangspunt van alles wat we doen, is uw ervaren kwaliteit van leven ondanks fysieke en/of geestelijke beperkingen. Vanuit de kernwaarden 'open, samen en geborgen' gaan we met elkaar in gesprek. We betrekken hierbij de mensen en zorg-/dienstverleners die voor u belangrijk zijn”.¹⁰

Kernwaarden in de visie over zorg van de organisatie zijn: zorgzaamheid; autonomie, gelijkwaardigheid en zelfachting in elke fase van het leven. Een voorbeeld van hoe deze kernwaarden beleefd worden binnen de organisatie is de mogelijkheid en vrijheid die een bewoner heeft om afspraken te maken wanneer het levenseinde naderbij komt. De aangeboden palliatieve zorg wordt gericht op klachten en verlichting van pijn. Het zorgteam richt zich op het ondersteunen van de wensen en behoeften van de cliënt. Bij de vaststelling van de wensen kan de vakgroep Geestelijke Verzorging (zie 4.1.2) begeleiding aanbieden bij vragen zoals “Hoe ga ik om met mijn klachten” of “Hoe kan ik mijn leven op de juiste manier afsluiten”.¹¹

De visie en missie worden in de praktijk gebracht door het inzetten van medewerkers en vrijwilligers in het huis van de cliënten waar ze nu thuis wonen of (tijdelijk) in één van de locaties. In de locaties werken deze medewerkers, het zorgteam en vrijwilligers eraan dat de cliënten in een vertrouwde en comfortabele omgeving kunnen wonen. Daarnaast biedt WZH ondersteuning bij de invulling van het leven van de cliënten, zoals zij dat graag willen leven. Er wordt naar gestreefd de familie en naasten van de cliënten goed te leren kennen en hen zoveel mogelijk te betrekken bij de zorg voor de cliënten. De medewerkers zijn opgeleid, nemen hun verantwoordelijkheid, werken op basis van vertrouwen en zijn communicatief. Ze werken met hun hoofd, hart en handen. Medewerkers van WZH

⁹ WZH, 2020.

¹⁰ WZH (2022).

¹¹ WZH, 2016.

kijken naar de hele mens; cliënten zijn immers meer dan hun aandoening. De kerndoelen zijn openheid, saamhorigheid en geborgenheid aan te bieden.

Ik heb dit onderzoek verricht in de locatie Het Anker binnen WZH. Daar heb ik stage gelopen tussen september 2020 en februari 2021. Deze locatie is gespecialiseerd in zorg en behandeling bij chronische lichamelijke aandoeningen, zoals de zieke van Parkinson, chronische longziekten (COPD) of klachten na een beroerte (CVA). De bewoners leiden ondanks lichamelijke en psychisch problemen een actief leven in het verpleegverzorgingshuis. Hun ziekte heeft een progressief verloop maar ze kunnen nog deelnemen aan verschillende activiteiten. Gedurende de coronapandemie zijn ze extra kwetsbaar geworden met veel angst voor besmetting. Daardoor voelden ze zich door de pandemie diep geraakt. In Het Anker en in andere locaties van WZH hanteren ze als visie dat de bewoners zich prettig moeten voelen in de omgeving en dat ze autonoom en in eigen stijl kunnen leven. Doordat in elke van deze locaties de zorg een eigen invulling krijgt in samenspel met centrale bestuurlijke richtlijnen worden de visie en missie ook op lokaal niveau nageleefd ondanks de complexiteit van de organisatie. Zo zijn in de eerste golf van de pandemie maatregelen genomen om de fysieke kwetsbaarheid van de bewoners te beschermen met een volledige lockdown om te voorkomen dat de besmettingen van bewoners zich konden verspreiden.

4.1.2. Geestelijke Verzorging binnen WZH

De WZH vakgroep Geestelijke verzorging omschrijft zijn taken als gericht op het bevorderen en bewaren van geestelijk welbevinden van de cliënten, medewerkers en mantelzorgers. In het visiedocument van deze vakgroep staat dat geestelijke verzorgers binnen de WZH voorzien in het:

“Bijstaan, inspiratie, advies en kennis en vaardigheden rondom zingeving, spiritualiteit en ethiek. Er wordt vanuit verschillende dimensies naar de mens gekeken (zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren, lichaamsfuncties, en mentaal welbevinden) die een brede visie op het concept gezondheid weerspiegelen.”¹²

¹² Doelen aangegeven bij document WZH (2016).

De WZH-vakgroep bestaat uit geestelijk verzorgers met diverse levensbeschouwelijke achtergronden en vakinhoudelijke specialismen. De geestelijke verzorgers zijn beschikbaar voor alle bewoners in de locatie waar ze werken, maar als het nodig is kan een andere collega vanuit de vakgroep of een externe geestelijke verzorger of beroepskracht van een godsdienst/levensbeschouwing bij de ondersteuning van bewoners betrokken worden. Binnen de vakgroep worden taak- en aandachtsvelden verdeeld. Ook worden binnen de vakgroep een voorzitter en vicevoorzitter aangewezen die het aanpreekpunt zijn en periodiek overleg voeren met de directeur zorg en wonen. In de praktijk wordt integraal met andere professionals en vakgroepen samengewerkt.

De vakgroep geestelijke verzorging vervult een lijnfunctie en staffunctie binnen WZH. Aan de ene kant bekleedt de geestelijk verzorger een lijnfunctie, omdat hij/zij direct in contact staat met de leidinggevende, namelijk de manager van de locatie. Deze staat op zijn beurt in contact met de directie of bovengeschieden. In overleg met de manager van de locatie draagt de geestelijk verzorger bij aan het welzijnsbeleid van de locatie met aandacht voor bewoners, medewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers. In WZH Het Anker is de geestelijk verzorger geen lid van het behandelteam, maar werkt zij/hij samen met het multidisciplinaire team van de organisatie (MDO) dat bestaat uit verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen, en de specialist ouderengeneeskunde. De vrijplaats-rol die de geestelijk verzorger heeft respecteert de vrijheid van godsdienst en levensbeschouwing die elke cliënt heeft en geldt als een grondrecht in de Nederlandse grondwet. In mijn stagepraktijk merkte ik dat het een probleem kan zijn dat de geestelijk verzorger officieel niet lid is van het MDO. Dit maakt het moeilijk bijvoorbeeld om snel een medische-psychosociaal beeld van een cliënt te hebben. De geestelijk verzorger bij Het Anker houdt goed contact met het behandelteam, maar de persoonlijke invulling en betrokkenheid van deze GV-er is hier bepalend voor goede communicatie.

Aan de andere kant biedt de vakgroep Geestelijke Verzorging gespecialiseerde diensten middels begeleiding, advies en training op basis van deskundigheid en die daardoor als onderdeel van een staffunctie beschreven kunnen worden. In WZH dragen de geestelijk verzorgers binnen de organisatie met beleidsadvies aan het bestuur bij aan ethische vraagstukken. Ze geven ook scholing aan medewerkers over thema's zoals rouwverwerking en zingeving in de zorg.

Omdat de geestelijk verzorging in WZH zowel als lijn- en als staffunctie gestructureerd is, heeft het WZH-bestuur vastgesteld dat in elke locatie de manager inzicht heeft in het werk dat de geestelijk verzorger verricht. In dit geval maakt de korte lijn tussen manager en geestelijk verzorger het mogelijk dat problemen snel opgelost worden en zijn de taken en bevoegdheden van de geestelijk verzorger duidelijk. Ik heb in mijn stageperiode in Het Anker geobserveerd dat de betrokkenheid van de geestelijke verzorger bij managementtaken helpt om werkzaamheden binnen de verpleeghuis-verzorgingshuis te evalueren en te verbeteren. Maar het knelpunt is dat de geestelijke verzorger minder tijd heeft om bewoners te bezoeken. Op staffunctie niveau binnen WZH heeft de vakgroep van geestelijk verzorgers ruimte om een adviserende rol te spelen. Dat is een verantwoordelijkheid die de vakgroep neemt, bijvoorbeeld wanneer de coördinator van de vakgroep deelneemt aan commissies die ethische vraagstukken bespreken en richtlijnen vaststellen.

De vakgroep Geestelijke Verzorging is actief op drie verschillende niveaus: a) micro; b) meso en c) macro. Het microniveau sluit aan bij de persoonlijke levensvragen van de cliënt, waarin zin, motivatie en inspiratie centraal staan. Het gaat ook om persoonlijke ervaringen met verlies, het streven naar een goed leven, het bevorderen van beleving van het eigen geloof en de eigen levensbeschouwingen. Bij dit niveau horen activiteiten zoals: individuele gesprekken; verantwoordelijkheid voor vieringen, kerkdiensten en herdenkingsbijeenkomsten; groepsbijeenkomsten; en begeleiding van naasten. Dit sluit ook aan bij de missie en visie van WZH die ernaar streven om de familie en naasten van de cliënten goed te leren kennen en hen zoveel mogelijk te betrekken bij de zorg voor de cliënten. De ethiekondersteuning aan cliënten is ook een belangrijk taak van de GV-ers op dit niveau, omdat de GVondersteuning kan bieden bij de oplossingen van dilemma's die te maken hebben met de autonomie en eigen stijl van leven van cliënten.

Op het mesoniveau zijn advisering en ondersteuning van professionals en vrijwilligers de belangrijkste taken. Daartoe behoren ethisch beraad en educatieve activiteiten. Hier draagt de geestelijke verzorging bij aan het strategische doel van de organisatie dat de medewerkers goed opgeleid worden. Daarom is het team van GV betrokken bij scholing op het gebied van zingeving, spiritualiteit, levensvragen en ethiek, bij de begeleiding van Ethisch Beraad en bij de coördinatie en begeleiding van vrijwilligers bij groepen en individuele verzoeken rondom zingeving en levensvragen.

Het macroniveau betreft beleidsadvies, ondersteuning van de identiteit van de organisatie en locaties en participatie in maatschappelijke netwerken en discussies. Voorbeelden van activiteiten op dit niveau zijn deelname aan WZH-brede werkgroepen; deelname aan de vakgroep, met daarin verschillende specialismen; deelname in netwerken met levensbeschouwelijke genootschappen in de regio en daarbuiten; spreken voor Alzheimer Cafés en andere externe instanties; en onderzoek doen in samenwerking met relevante partijen.

De geestelijke verzorgers hebben binnen WZH een aangepaste rol die afhangt van de context en behoeften van de verschillende niveaus. Dit betekent dat zijn/haar rol variëren, namelijk: begeleider; representant; voorganger; opleider; adviseur; coördinator en onderzoeker.

4.2 Profiel van de informanten

In dit onderzoek heb ik zorgmedewerkers die werkzaam bij het WZH verpleeghuis-verzorgingshuis Het Anker in Voorburg te Den Haag geïnterviewd. Hieronder zal ik de opvattingen en visie van zes zorgmedewerkers uitwerken die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Wie zijn de geïnterviewde zorgmedewerkers?

Casus 1

De eerste informant is een vrouw, 60 jaar oud, weduwe en woont samen met haar twee volwassen kinderen. Ze werkt 40 jaar bij WZH en bekleedt de functie van activiteitenbegeleider. Ik identificeer haar in dit onderzoek als *activiteiten begeleider 1*. Haar religieuze achtergrond is protestants, maar ze is niet praktiserend. Wanneer ze op reis gaat vindt zij het fijn kerken te bezoeken en daar religieuze rituelen uit te voeren, zoals kaarsjes aansteken.

Casus 2

De tweede informant is een vrouw, 60 jaar oud, alleenstaand. Ze werkt 18 jaar bij WZH in de functie activiteitenbegeleider. Ik noem haar *activiteiten begeleider 2* in dit onderzoek. Haar religieuze achtergrond is spiritueel. Zij put vooral levenskracht uit de natuur en geeft speciale aandacht aan haar innerlijke ontwikkeling en subjectieve ervaring.

Casus 3

De derde informant is een man, 65 jaar oud, getrouwd en vader van twee dochters. Hij werkt 18 jaar bij WZH als verzorgende. Hij vertegenwoordigt de casus *verzorgende*. Zijn religieuze achtergrond is protestant, niet praktiserend. Alleen op feestdagen gaat hij met zijn gezin naar de kerk. Hij vindt het leuk om op reis kerken te bezoeken.

Casus 4

De vierde informant is een vrouw, 63 jaar oud, getrouwd en moeder van drie kinderen. Zij werkt 40 jaar bij WZH. Ze bekleedt de functie *verpleegkundige* en wordt in dit onderzoek zo aangeduid. Zij heeft een hindoestaanse achtergrond en verklaart niet actief praktiserend te zijn.

Casus 5

De vijfde geïnterviewde is een vrouw, 53 jaar oud, getrouwd en moeder van twee kinderen. Zij werkt zeven jaar bij WZH als woonbegeleider. In dit onderzoek identificeer ik haar als *woonbegeleider 1*. Haar religieuze achtergrond is evangelisch. Zij is actief deelnemer in haar kerkgemeenschap in Den Haag.

Casus 6

De zesde informant is een vrouw, 27 jaar oud, samenwonend. Zij werkt drie jaar bij WZH als woonbegeleider. Zij wordt in dit onderzoek *woonbegeleider 2* genoemd. Haar religieuze achtergrond is protestants, maar zij is niet praktiserend. Zij verklaart nieuwgierig te zijn naar wat er na de dood bestaat.

4.2.1 - Algemeen beeld van de informanten

Het algemene beeld van de informanten is dat ze zorgmedewerkers zijn met veel werkervaring in verpleeg-verzorgingshuis Het Anker. In termen van gender verdeling zijn er meer vrouwen dan mannen geïnterviewd. Dit verschil komt echter overeen met het feit dat in deze sector meer vrouwen dan mannen werken. De zorgmedewerkers hebben direct contact met de bewoners en door de verschillende functies kunnen zij de relatie met deze bewoners tijdens de pandemie goed beschrijven. Hun religieuze achtergrond is

divers. De meeste komen vanuit een christelijke traditie, maar ze zijn geen kerkgangers. Ze verklaren afstand te houden van kerkelijke en institutionele verbanden en voelen zich niet religieus. Alleen de woonbegeleider 1 geeft aan actief deel te nemen aan een evangelische kerkgemeenschap. De activiteitenbegeleider 2 noemt zichzelf spiritueel en put zingeving uit verschillende esoterische bronnen. Voor haar is de eigen spirituele ontwikkeling van belang.

Uit de uitspraken van de geïnterviewden blijkt in het algemeen een positieve opvatting over religie. Activiteit begeleider 1 en de verzorgende zeggen dat het fijn is dat het in buitenland makkelijker is een kerk binnen te lopen en er een kaarsjes te branden terwijl het jammer is dat in Nederland de kerkgebouwen vaker niet geopend zijn voor het publiek. Dit toont een bepaalde waardering voor het bestaan van kerken.

Samenvattend sluit dit profiel van informanten aan bij de algemene ontwikkeling van religie in Nederland, waarin binnen het christendom een sterker proces van ontkerkelijking plaatsvindt en alleen een kleine minderheid daarin zich gelovig verklaart. Daarnaast wordt er op individuele basis zingeving of spirituele beleving gezocht die heel anders is dan de traditionele religiositeit (Hart & Houwelingen, 2018).

4.3 Ervaringen van zorgmedewerkers tijdens de pandemie

In dit deel presenteer ik de centrale bevindingen van het onderzoek. Ik beschrijf en analyseer hoe de zorgmedewerkers de pandemie hebben ervaren. Ik laat hen daarbij uitgebreid aan het woord om de ingrijpende gebeurtenissen tijdens de Covid-19 pandemie en hun ervaringen met het sterven, de dood, het lichaam en afscheidsrituelen te laten zien.

Afscheid nemen

De zorgmedewerkers drukken de werkelijkheid van afscheid nemen van cliënten uit in de volgende woorden:

"Nogmaals gaan ze hier naar beneden.

Wij hebben een erehaag.

Dan gaan ze het huis uit of ze mogen nog een week opgebaard liggen.

Dan gaan ze door de erehaag. Dan wordt een gedicht voorgelezen en dan gaan ze.

De familie is erbij.^[P]_[SEP]"

[2:11 ¶ 97 in Activiteit Begeleider 1](#)

"Nee. Normaal. Als iemand hier overlijdt hebben we een uitgeleiding beneden met al het personeel. Ook dat mocht niet meer in coronatijd. Dus dat laatste stukje om jouw waardering te laten blijken en respect te hebben voor degene die in jouw huis heeft gewoond kan jij niet geven. Dat is toch heel jammer."

[3:13 ¶ 63 in Woonbegeleider 2](#)

"De meeste uitvaarten en crematies waren in een besloten kring. Je mocht maar tien mensen, twintig mensen, dertig mensen uitnodigen. Dus dat zie je nog steeds.

Het is in een besloten kring gebeurd of in kleine kring, de familie. Dat respecteer ik, logisch.

Maar het is wel zo dat ik wel probeerde in al die tijd naar de uitvaart te gaan om de mensen die jij verzorgd hebt toch een laatste eer te geven".

[4:10 ¶ 43 in Verzorgende](#)

Uit de woorden van de geïnterviewden en observaties kan ik opmaken dat vóór de Covid-19 pandemie het ritueel van het afscheid nemen van een cliënt werd gekenmerkt door het verzamelen in een erehaag met de zorgmedewerkers die gezamenlijk een kort ritueel meemaken. Ze onderbreken even hun werkzaamheden om samen en in stilte afscheid te nemen. Dit is hun laatste gebaar van eerbied aan de bewoner. Het ritueel bestaat uit het noemen van de naam, het uitspreken van persoonlijke informatie over de overledene, het voorlezen van een gedicht, en ruimte om iets persoonlijke te zeggen voor wie daar behoefte aan heeft. De naasten of familieleden staan erbij.

Dit repertoire werd opgesteld door de geestelijke verzorger van het huis en werd gebruikt als een bewoners overleed. Maar afscheid nemen betekent ook deelnemen aan de uitvaart, waarbij de zorgmedewerker die rechtstreeks betrokken was bij de bewoner bij de begrafenis aanwezig wil zijn. Wat uit de uitspraken van de geïnterviewden naar voren komt is dat ten tijde van de pandemie deze vertrouwde rituele praktijk niet meer mogelijk

was. Men betreurt het dat dit gebaar niet meer mogelijk is. Zo spreekt de woonbegeleider 2 daarover: *“Dus dat laatste stukje om jouw waardering te laten blijken en respect te hebben voor degene die in jouw huis heeft gewoond kan jij niet geven en dat is toch heel jammer”*. Er blijkt dus een erkenning van de waarde van deze rituele praktijk wanneer de zorgmedewerkers geconfronteerd worden met de onvermijdelijke situatie van de pandemie.

Dit toont respect en waardering voor de bewoner maar maakt ook onderdeel uit van het verwerken van het verlies. Volgens Mei-The (2005:131-132) zijn zorgmedewerkers geraakt vanwege de sterke verbondenheid die is opgebouwd in de zorgrelatie. De aanwezigheid bij de begrafenis betekent voor hen een gelegenheid om het afscheid af te ronden. Er wordt door de verzorgende gezegd hoe belangrijk het voor hem/haar is om een laatste eer te bewijzen. Dat de uitvaarten en crematie in besloten kring hebben plaatsgevonden gedurende de Covid-19 pandemie wijst erop dat in deze context de zorgmedewerkers zich machteloos hebben gevoeld. Er ontstond een emotioneel gat toen de “rite de passage” niet gerealiseerd kon worden. De vaste structuur in drie fasen van het afscheidsritueel: 1) afscheid; 2) overgang en 3) integratie (Van Gennep, 1977) is abrupt afgeschaft door de maatschappelijke en gezondheids crisis. Deze casussen bevestigen dat wanneer er geen afscheidsritueel mag plaatsvinden er een emotionele onthouding ontstaat die de verhouding tot de dood moeilijk maakt (Wojtkowiak & Jongen, 2020:8). Daaruit volgt ook de afwezigheid van belangrijke elementen van de zorgethiek. Afscheid nemen verwijst hier naar de noties ‘zorgen’ en ‘zorg geven’. Het gevoel van verantwoordelijkheid om een laatste eer te bewijzen en de houding van betrokkenheid konden door de omstandigheden niet getoond worden in deze laatste vormen van waardering, zoals blijkt uit de uitspraak van woonbegeleider 2.

Sterven tijdens de pandemie

“Jij hebt veel onmacht dat er geen familie of alleen één familielid mag zijn. Dat was een onmacht die niet te verkopen is, dit kan jij niet uitleggen. Het is gewoon dat dat zo oneerlijk is. Daar zag ik geen eerlijkheid in. Dat kunnen wij niet met alle liefde doorgeven, dat hun kinderen of de man of dat maar alleen maar een in zijn eentje komt [om afscheid te nemen – ADM] en daarna de volgende dag nog eentje. Terwijl ze steeds dieper en dieper zakken. Dat vond ik verschrikkelijk.”

[2:8 ¶ 71 in Activiteit Begeleider 1](#)

"Dat is heftig geweest. Niemand naast jou hebben, je familie. Jij weet dat de persoon slecht ligt. (...) Er waren twee bewoners die waren longpatiënten COPD en dan waren ze besmet. Het was heftig. Voor één kwam er bezoek, de echtgenote. Dan ga jij daar op een controle moment naar binnen, even vanuit de deur kijken. Hey, hij er nog. Daarna vind je de bewoner, dood. Dan moet jij de familie bellen, en raakt de vrouw in paniek. Ik ben er net geweest. Hoe kan dat nou? Dat uitleggen. Ik weet niet wat ik moet doen. Dan zei ik, ik denk dat u de kinderen moet bellen en de begrafenisondernemer. Hij moet zo snel mogelijk weg. Dat was de richtlijn. Dat was een van de ernstigste momenten dat iemand kwam te overlijden en ik moest het aan de familie vertellen. Omdat het voor die vrouw onverwacht kwam. Ze verwachtte dit wel. Maar niet zo snel. Het was voor haar een heftig moment. Dus de communicatie van mij vond zij erg. Hoe hard kon ik dan zijn, ongevoelig, in haar belevenis erover? Zij heeft een klacht ingediend over mij, omdat ik gezegd heb dat zij de begrafenisondernemer moest bellen."

[6:13 ¶ 83 in Verpleegkundige](#)

De geïnterviewde zorgmedewerkers drukken uit hoe heftig en ingrijpend sterven tijdens de pandemie is geweest. Dat familieleden en naasten nauwelijks aanwezig konden zijn bij het sterfbed roepen gevoelens van oneerlijkheid en onmacht op, zo zegt Activiteit Begeleider 1. Daarnaast komt in deze uitspraken sterk naar boven dat verbonden zijn met de eigen kring in het stervensproces ook belangrijk is voor de familie en naasten. De beperking om niet bij elkaar te kunnen zijn op de kamer van de stervende verstoort de mogelijkheid om herinneringen aan de overledene te delen. Een man of kinderen die alleen komen om bij de stervende te zijn om afscheid te nemen legt de nadruk op hoe eenzaam die gebeurtenis is die heeft plaatsgevonden. Elias (1980:36) benadrukt dat met de vooruitgang in de maatschappij de traditionele rituele formules van afscheid van dierbaren in onbruik zijn geraakt. Men is terughoudend om hevige emoties publiek te tonen. Ook wijst hij erop dat de vaststaande routine in ziekenhuizen (en ik voeg toe verpleeg-verzorgingshuizen) de vereenzaming van het stervensproces bevestigt. Maar in het sterven tijdens de coronapandemie blijkt dat voor de levende mensen zo'n moment aan het sterfbed onmisbaar is voor het laatste afscheid. Hier worden de publieke en sociale aspecten van de dood bevestigd (Ignatieff (2021:286). Bij het sterfbed is sprake van wederkerigheid van respect en troost.

De verpleegkundige die zich bezighield met de communicatie met de familie en naasten verklaart dat zij de boodschappen over moest dragen dat het lichaam van een mannelijke cliënt zo spoedig mogelijk opgehaald moest worden. Dit had te maken met de bezorgdheid dat het coronavirus zich zou kunnen verspreiden. Maar voor de familie en naasten kwam dit over als hard optreden door het verpleeg-verzorgingshuis.

Narr aanleiding van deze situatie wil ik twee aspecten naar voren brengen. Het eerste betreft het recht van de familie om gezamenlijk aanwezig te zijn en op waardige wijze afscheid te nemen van de stervende. Zorgverleners geven aan dat ze het zeer oneerlijk vonden om slechts één persoon, of soms geen enkel familielid, toe te staan bij de stervende. Grisotti, Granada, Detoni, Oliveira en Diehl, 2022:313) rapporteren dat gezondheidswerkers in Braziliaanse ziekenhuizen de toepassing van gezondheidsbeschermingsprotocollen tijdens de pandemie beschouwden als een grotere objectivering van de dood als gevolg van contactbeperkingen. Dat wil zeggen dat de menselijke maat is verschoven: er zijn vooral veiligheidsprotocollen van kracht geweest. De auteurs wijzen er ook op dat de medewerkers te maken kregen met veel spanningen en stress in de omgang met familieleden. In het verpleeg-verzorgingshuis Het Anker moest het lichaam van overleden bewoners zo snel mogelijk door de begrafenisondernemer worden weggehaald. De mededeling aan de familie dat dit snel moest gebeuren veroorzaakte morele stress. Om te voldoen aan de regels voor bescherming werd de communicatie snel gedaan, maar de verantwoordelijke verpleegkundige 1 verklaart dat het voor haar moeilijk was om dit aan de familie uit te leggen en te vragen om het snel af te handelen.

Pilbeam en Snow (2022:9) tonen aan dat verpleegkundigen die bij intensive care (IC) zijn geplaatst om Covid-19-patiënten te verzorgen in het Verenigd Koninkrijk een spanning hebben ervaren tussen twee manieren om zorg te bieden. De eerste is meer holistisch en de andere pragmatisch, "taakgericht". In de IC merkten ze een transformatie in de manier waarop ze gewend waren om te zorgen. De uitgebreide en palliatieve zorg in het stervensproces hield op. Ook was er geen ruimte meer voor een holistische benadering van patiëntenzorg en een goede communicatie met de familie over de dood. Op de IC met patiënten van Covid-19 werd de dood vergeleken met een oorlogssituatie waardoor het onmogelijk was om zorgzaam te helpen bij het stervensproces. Het contrast tussen

het holistische en "taakgerichte" model verhoogde de mate van morele stress die deze verpleegkundigen ervoeren.

Mijn onderzoek laat ook zien dat bij het sterven tijdens de pandemie de morele stress sterk is toegenomen wanneer de zorgmedewerkers de familie/naasten telefonisch moesten informeren over het overlijden van een bewoner en de snelle ontruiming van de kamer. Daarnaast kwamen de zorgmedewerkers in een moeilijke positie wanneer ze moesten communiceren dat slechts één familielid bij het sterfbed aanwezig kon zijn. Dit is tegenstrijdig met de manier van 'er zijn' in hun zorgpraktijk. Dit betekent namelijk dat de aanwezigheid en betrokkenheid bij familie/naasten erbij horen tijdens het laatste afscheid en dat als een bewoner dood gaat alles moet worden ingezet om het goed te doen verlopen.

Omgaan met overledenen

"De dood was heel anders. "

[5:24 ¶ 65 in Woonbegeleider 1](#)

"De mensen van de uitvaart die kwamen ook met een schort, die kwamen ook met handschoenen, die kwamen ook met mondkapje binnen en dan zei jij neem jij die mee en tot ziens!"

[4:12 ¶ 45 in Verzorgende](#)

" Op dat moment, van de pandemie wel. In zakken, gesloten zakken. Het lijkt op vuil dat opgehaald wordt. Het was net als vuil. Als jij dit letterlijk benoemt. Jij kon ook besmet raken. Jij was niks.

Oneerbiedig! Jij gaat niet als een mens, op menswaardige manier de deur uit. Jij bent maar gewoon iets dat weg moet, zo snel mogelijk lozen. Jij bent geen mens meer, toch?

[6:15 ¶ 98 in Verpleegkundige](#)

"Als de persoon dood was mocht je niet meer zoveel in de kamer. Jij kon geen afscheid nemen. Nu krijg jij een rouwkaartje en jij kan het een beetje met de familie delen, de laatste woorden geven. Maar dit heb jij in deze tijd niet meer. Het was gewoon dood en daarna weg en dan was het klaar".

[5:10 ¶ 67 in Woonbegeleider I](#)

De woonbegeleider 1 verwoordt dat de situatie van de dood heel anders is geworden. Wat rondom het dode lichaam gebeurde was ongekend. Alle soorten maatregelen om de besmetting door het virus te voorkomen zijn toen genomen. Bij de dood staan de zorgmedewerkers van de afdeling op afstand. Ze nemen nauwelijks afscheid van de overledene. Het lichaam is snel overgedragen aan de uitvaartdienst.

De hygiënische richtlijnen hadden als gevolg dat door de verpleegkundige geen menselijkheid is herkend. “Het was net vuil”, in haar eigen woorden.

De urgentie van de situatie dringt door. Maar dit leidt tot een ongekende manier van omgaan met overleden mensen, namelijk als object. De bedoeling is door de hygiënische maatregelen veiligheid voor de omgeving te creëren. Echter, wat de verpleegkundige uitriep is: oneerbiedig! De coronapandemie weerspiegelt een paradox: in de poging om de veiligheid van de gezondheidszorg te waarborgen worden de zorgmedewerkers geconfronteerd met de onmogelijkheid van de situatie, het waardig afscheid nemen van de stervende. De ervaring is die van shock, omdat de overledene snel en op een gedepersonaliseerde manier moet worden verwijderd. Het extreme beeld is de vergelijking van de overledenen met afval. De ethische interpellatie bij dergelijke snelle en aseptische maatregelen is: is dit nog menselijk?

Mei-The (2005:131) wijs erop dat verzorgenden aan het sterfbed veel emotionele betrokkenheid tonen. Ze zijn ook erg gemotiveerd om het stervenproces goed en rustig te laten verlopen voor de bewoners zelf en voor de familie en/of naasten. Dat ze op de begrafenis aanwezig kunnen zijn geeft ze het gevoel dat ze hun taak volledig hebben vervuld. De aanwezigheid van de zorgmedewerkers bij de begrafenis van de bewoners wordt meestal gewaardeerd door de familie. Maar het werkt ook soms confronterend wanneer een zorgmedewerker zijn diepe verdriet laat zien en het contact met de familie van de overleden bewoner beperkt of afwezig was. Bij zorgmedewerkers heeft de dood van een bewoner veel losgemaakt, vooral als ze hem/haar jarenlang hebben verzorgd en een persoonlijke relatie hadden opgebouwd.

Hier komen twee thema's die kenmerkend zijn voor de presentie-theorie in beeld: betrokkenheid en lijden en troosten waren verstoord. De zorgmedewerkers zijn geconfronteerd met de onmogelijkheid om aanwezig te zijn. De betrokkenheid is verhinderd en ze ervaren het leed op een andere manier, namelijk als een moeilijke en

hevige emotie, een schok. Goede zorg bieden door aandachtig, aanwezigheid, “er zijn voor” de stervende bewoner is beperkt geweest door de noodzaak om bewoners en zorgverleners tegen het coronavirus te beschermen. Dus er blijkt dat gedurende de corona pandemie het naleven van de relationele zorg rondom nabijheid en aanraking niet haalbaar kon zijn.

Rouwverwerking

"I - Hoe ga je om met het verdriet nadat een cliënt is overleden? R - Mijn ouders zijn allebei onverwachts en te jong overleden. Dat was voor mij een hele grote gebeurtenis. Maar ik ging door. Ook met rouwen. Elk jaar herdenken wij onze ouders en schoonouders middels een familie BBQ of etentje. En dan proosten we op ze. Dit doen we al meer dan 25 jaar. " [1:4 ¶ 2 in Verzorgende](#)

"De tranen komen gewoon. Jij kan het even kwijt met jouw collega's. Dat is heel fijn. Even naar buiten, wandelen, even in de natuur en loslaten. Dat is het belangrijkste. Maar ook een gesprek met jouw collega's. " [2:9 ¶ 75 in Activiteiten Begeleider 1](#)

"Ja. Dat kan jij niet kwijtraken in het huis. Er zijn zoveel meningen dat jij/ik voel me kwijt. Dus ik heb het thuis met vrienden en mijn familie geuit. Daarom zie ik hier weer hoe belangrijk het is wat jij nu doet " [2:12 ¶ 109 in Activiteiten Begeleider 1](#)

"– Ja, dat denk ik wel. Ik stuur ook altijd een kaartje naar de familie, een condoleance kaart met daarin een verhaaltje over hoe ik haar moeder of vader, wat dan ook, meegemaakt hebt. Over de persoon dacht ik dit soort dingen. En dat helpt ook daarbij. " [3:25 ¶ 69 in Woonbegeleider 2](#)

" Door met mijn collega's daarover te praten. Ja, dat werkt voor mij. Of zonder in details te treden, omdat jij een beroepsgeheim hebt, maar met mijn vriend praten daarover. Ja, maar het meeste met mijn collega's. Want je hebt toch een beetje steun bij elkaar. Omdat je hetzelfde hebt meegemaakt, natuurlijk. " [3:16 ¶ 67 in Woonbegeleider 2](#)

Zorgmedewerkers zijn getraind om met verlies en dood om te gaan. Zonder deze weerbaarheid wordt het moeilijk hun beroep uit te oefenen. Zij houden heftige emoties bij rouwen onder controle. Daarom ben ik geïnteresseerd geraakt om dit thema als onderdeel van het onderzoek mee te nemen. Bij het thema sterven tijdens de pandemie en omgaan met overledenen zeggen ze dat het moeilijk was om te zien dat familie en naasten niet aanwezig konden zijn om op een waardig manier afscheid te nemen. Deze confrontatie heeft gevoelens van onmacht en verdriet opgeroepen. De manier waarop

elke informant geprobeerd heeft om deze gevoelens een plaats te geven is anders. Keirse (2020:18) wijst erop dat ieder mens een unieke manier vindt om rouwarbeid te verrichten. De term rouwarbeid drukt een emotionele arbeid uit waarbij de mentale, emotionele en lichamelijke dimensies van de rouwende betrokken zijn. Het geeft ook aan dat het verwerken van de pijn en gevoelens van verlies een actieve houding vereist. Er is sprake van een psychologische transitie waar deconstructie en reconstructie onderdeel van zijn. In de woorden van Keirse (2020):

(...) deconstructie vereist dat je je verwachtingen en je verlangens aanpast aan de nieuwe situatie en dat je de verbondenheid die er voorheen was, opgeeft. Reconstructie houdt in dat je opnieuw een betekenisvol leven opbouwt met een nieuwe verbondenheid, waarvan je accepteert dat ze alleen innerlijke is. (p. 61)

Dit kan niet gefaseerd worden, omdat ieder dat doet op de eigen manier, eigen kracht en op basis van persoonlijke ervaringen. Daarnaast wijst de auteur erop dat de rouwarbeid in vier taken verdeeld kunnen worden. Ten eerste het onder ogen zien van de werkelijkheid van het verlies. Ten tweede gaat het om het ervaren van de pijn van het verlies. Ten derde dient de persoon zich aan te passen aan de wereld van dit verlies. Tenslotte dat de rouwendenden weer leren genieten en herinneringen ervaren (Keirse 2020:18).

Verzorgende 1 vertelt over het verlies van zijn ouders en hoe de herdenking van hen elk jaar in familieverband middels een BBQ of etentje belangrijk is. Dit herdenkingsmoment is een gebruik dat hem telkens opnieuw verbindt met zijn overleden ouders. Het brengt hem dicht bij herinneringen aan de ouders en dat helpt hem door te gaan met het leven. Dat de familie op zo'n gelegenheid weer bij elkaar is drukt ook uit dat de erkenning van het verlies wordt bevestigd door de sociale dimensie. Deze sociale dimensie is het belangrijkste vangnet voor de verzorgenden geweest om met verdriet en verlies binnen het werk om te gaan. Als een bewoner overleed met wie hij een goede band heeft gehad, heeft hij het gebruik om over herinneringen aan deze persoon met collega's te praten om ze een plaats te geven.

De woonbegeleider 2 zoekt het contact met de familie/naasten van de overleden bewoner door een kaart te versturen, maar ook door een persoonlijk verhaal over de overleden bewoner door te geven. Ze vertelde dat ze dit altijd doet, een soort ritueel dat haar helpt om de relatie die ze met de bewoner had af te sluiten. Praten met collega's en familieleden zijn door de meeste geïnterviewden genoemd als houvast. Ook wandelen in de natuur helpt om los te komen van de ingrijpende ervaringen.

Door de uitspraken van de geïnterviewden zie ik dat verschillende manieren om de relatie met de bewoner te beëindigen ter sprake kwamen. Ze wijzen naar persoonlijke manieren om de emoties los te laten zoals een kaart sturen aan de familie, contact zoeken met de natuur, praten met collega's, eigen familie of vrienden. Dit zijn rituelen die houvast bieden om door te gaan met hun zorgtaken.

Afstand Houden

" Dat was een container die stond hier voor de deur. Ik moet ergens een foto hebben. Er zat een ruit in het midden. Dus de familie mocht een kwartier tot twintig minuten [komen]. Dan moesten ze weg zijn. [De familie zat] in een gedeelte en de cliënt moesten wij dan met een rolstoel in het andere gedeelte zetten. Er stond een plastic ruit tussen. En met een microfoontje konden ze contact maken. De meeste mensen vonden dat heel erg. Dit was de enige mogelijkheid op dat moment om jouw familie nog te zien, jouw vrouw of jouw man." 7:23 ¶ 58 in [Activiteit Begeleider 2](#)

" Zeker. Het was heel verdrietig om te zien. Ik was echt verdrietig. Ik herinner me een keer dat mijn vriend hier kwam om mij op te halen. Die bleef buiten. Hij mocht natuurlijk niet naar binnen. Hij is geen bewoner. Toen mochten de bewoners nog naar beneden, terwijl de kleding werd gewisseld, dat soort dingen. Boodschapjes werden gebracht. Ik nam mijn bewoner mee naar beneden, omdat haar dochter met haar man spullen kwam brengen. En wat ik toen gezien heb was echt hartverscheurend. Mevrouw zat aan deze kant van het glas, aan de andere kant zat haar dochter met haar man buiten en alle drie moesten ze huilen. Omdat ze niet bij elkaar kwamen. Terwijl ze drie, vier keer per week bij elkaar kwamen. En dat kon opeens niet meer. Dat was zo hartverscheurend. Het was echt heel erg. ^[P]_[SEP]" 3:7 ¶ 30 in [Woonbegeleider 2](#)

" Er werd hiervoor een hele grote cabine geplaatst. Aan de ene kant kwam de familie binnen en aan de andere kant kon dus de bewoner naar binnen. Door een heel grote plastic bescherming kon jij een kwartier, twintig minuten met elkaar praten. Jij kon elkaar zien." 4:6 ¶ 15 in [Verzorgende](#)

" Om de verspreiding te voorkomen. Ik maakte het [eten] wel klaar. Maar ik ging niet de kamer op. Ik kon niet het praatje maken met de bewoner, waar ze normaal gesproken altijd op zit te wachten. Dat viel dan weg. ^[P]_[SEP]" 3:6 ¶ 24 in [Woonbegeleider 2](#)

Een van de fundamentele maatregelen om de verspreiding van het coronavirus te voorkomen was het bewaren van een sociale afstand van anderhalve meter. Maar op het hoogtepunt van de pandemie was er een bezoekverbod voor familieleden en naasten aan de bewoners. Binnenshuis konden ook de woonbegeleiders niet het huis van een bewoner binnentreden, althans volgens informatie van woonbegeleider 2. In Het Anker werd een oplossing gevonden om het totale gebrek aan contact met familieleden te overwinnen. De oplossing was het bouwen van een container ruimte die ik als "ontmoetingsruimte" wil omschrijven buiten het verzorgingshuis, waar de twee partijen, familie en bewoner, gescheiden door een plastic bescherming met elkaar konden praten. Dit is hierboven door de activiteitbegeleider verteld. Dit maakt duidelijk dat dichtbij elkaar zijn en met elkaar praten, waarin ze waarschijnlijk elkaar aanraken, van belang is. Het was ook niet mogelijk om "praatjes te houden" en persoonlijke aandacht aan de bewoners te besteden. Dit is belangrijk om de gemoedstoestand van een bewoner te kennen en daarbij van betekenis te zijn.

De "ontmoetingsruimte" buiten het gebouw werd gecreëerd om bewoners en de familie/naasten weer bij elkaar brengen. Elkaar zien was daardoor weer mogelijk. Deze oplossing toont de inzet en veerkracht vanuit de zorgmedewerkers om mee te gaan met de omstandigheden. Het bestaan van deze ruimte zette mij aan om na te denken over het thema van lichamelijke contact, met name de rol van de tastzin, in zijn relationele en contextuele dimensie (Le Breton 2018). De Covid-19 pandemie legde een crisissituatie op waarbij het lichamelijke contact vermeden moest worden om kwetsbare mensen te beschermen. Vanuit deze nieuwe sociale context of verhouding werd prioriteit gegeven aan de veiligheid. Maar de "ontmoetingsruimte" herstelde het contact op basis van zien en praten. Dat zijn relationele alternatieven die ontstonden onder nieuwe omstandigheden en ze maakten het mogelijk dat bewoners weer contact met familie en naasten hadden. Het verdriet vanwege het elkaar niet kunnen omhelzen maakte het verlangen naar aanraking zichtbaar. De ontmoetingsruimte weerspiegelde hoe ouderen dit verlangen ervoeren en hoe hun familie/naasten dit ook hebben gemist, zoals de beschrijving van de woonbegeleider laten zien.

Vereenzaming

"I - Wat is dan veranderd toen de corona uitbrak? R - Ja. Sowieso dat de familie niet meer mocht komen. Dat ouderen vereenzamen op hun kamers. Wij daardoor bij mensen die corona hadden dan zo min mogelijk op de kamer mochten. Alleen de zorg mocht erin. Dus dat stukje persoonlijke aandacht viel weg waardoor ze alleen op hun kamer de zorg zagen. Het was even aankleden, wassen en je ontbijt." [3:5 ¶ 19 – 20 in Woonbegeleider 2](#)

"Eigenlijk het allerergste vind ik dus dat er geen contact meer mocht zijn met de familie. Dan merk je dit aan de mensen zelf dat zij eenzaam waren. Maar ook steeds meer vereenzaamden op de kamer. Wij moesten ook oppassen dat we niet voor de gezelligheid bij mensen gingen zitten, want jij had een schort en zo. Dus dat werd niet altijd op prijs gesteld omdat je natuurlijk besmette mensen verzorgt. Jij moet ze natuurlijk op de kamer houden als mensen positief waren." [4:2 ¶ 5 in Verzorgende](#)

"De lockdown was het ergste hier, overal, voor ons allemaal. Maar toen hier de regeling een beetje versoepeld werd, eindelijk een beetje adem, dat collega's ook naar beneden konden komen. Daarvoor zaten ze opgesloten in hun afdelingen. Ik kwam ze tegemoet met drinken, alles dat ze nodig hadden maar tot bij de lift. Tenzij jij echt bij een zieke bewoner moest zijn. Het was best heftig voor ze. Jij wil er even uit, zuurstof buiten proeven. Maar dat kan niet. Jij zit opgesloten. Dat was wat ik het ergste vond. Ook voor de bewoners opgesloten op hun kamers. Vooral bewoners die gewend waren om naar buiten te gaan, sigaretje. Nee, jij mag dat niet. Jij moet op de kamer blijven." [6:4 ¶ 43 in Verpleegkundige](#)

De drie geïnterviewden hierboven laten zien hoe de eenzaamheid van de bewoners is toegenomen. De beperking van de bewegingsvrijheid binnen het verzorgingstehuis sloot de bewoners op in hun eigen woning waar ze de dagen doorbrachten zonder bezoek van familieleden en zonder het normale sociale contact en de normale aandacht die ze voorheen van de verzorgers kregen. Persoonlijke aandacht kreeg alleen een functionele betekenis: wassen, aankleden en eten brengen. Zorgmedewerkers voelden ook de impact van de maatregelen die geen bewegingsvrijheid toelieten. Het werk werd alleen op de afdelingen verricht met zo min mogelijk onderling contact tussen collega's.

De vereenzaming is een probleem waar de Covid-19 pandemie grote impact op heeft gehad. Ruiters et al. (2022) wijzen erop dat de beleidsfocus op het alleen fysiek willen beschermen van de kwetsbaren groepen geen rekening hield met andere vormen van kwetsbaarheid. De toename van vereenzaming toont de psychosociale kwetsbaarheid die

ervaren werd door de bewoners, maar ook door andere groepen in de samenleving zoals jongeren.¹³ De auteurs geven aan dat:

Maatregelen die gericht zijn op het beschermen van bepaalde groepen met verhoogde gezondheidsrisico's kunnen leiden tot een verdieping van andere kwetsbaarheden, al dan niet bij andere groepen in de samenleving. Het is daarbij belangrijk om oog te hebben voor de gevolgen voor burgers die al in een precare situatie verkeren en voor nieuwe kwetsbaarheden die ontstaan als mensen opeens minder middelen hebben om financiële, sociale, mentale of fysiek tegenslagen op te vangen. (Ruiter et al. 2022:17)

Ik vond in mijn onderzoek dat de verzorgers de vereenzaming van bewoners in Het Anker gezien hadden. Dit heeft een emotionele invloed op zowel de bewoners als de zorgmedewerkers. De zorgmedewerkers hielden zich aan de veiligheidsmaatregelen waarbinnen geen ruimte was voor gezellige gesprekken in de kamer van de bewoner. Ze vonden dit heftig voor de bewoners en ook dat de persoonlijke aandacht wegviel. Dat idee vanuit de presentie theorie van aansluiten en afstemmen om goede zorg te geven loopt vast tegen de beperking van de situatie tijdens de coronapandemie.

Lichamelijkheid

"Wij moeten mensen aanraken met aankleden. Jij hebt heel snel dat jij zei: hey, meid en over de rug wrijft. Dat ging gewoon heel moeilijk en soms kon het helemaal niet. Dat was ook heel moeilijk maar ook onnatuurlijk voor mij. Omdat jij altijd iemand bent die wel contact zoekt. Jij geeft aandacht aan mensen door middel van een schouderklopjes of aaien over de bol of gewoon een hand geven. Dat mocht niet meer." 4:9 ¶ 31 in Verzorgende

"Ja, want sommige bewoners hebben echt jouw arm om hun heen nodig of een knuffel of dat je ze even aanraakt. Of "job! Het komt wel goed". Dat soort dingen. Mocht natuurlijk niet meer. Dat missen ze erg. Heel veel bewoners hebben ook gezegd: job! Kan je mij niet een knuffel geven en dan de corona wegdenken, omdat ik het zo nodig heb? Tja, nee, sorry! Het mag niet. Dat was heel erg. Ook ben je helemaal beschermd met jouw kleding aan en dat soort dingen." 3:8 ¶ 32 in Woonbegeleider 2

¹³ Landman, 2020.

Bij de verzorging van de bewoners horen lichamelijke aanrakingen. Er moet aandacht aan het lichaam gegeven worden door te helpen met wassen en douchen, een schouderklopje of bij de voorbereiding om iemand naar bed te brengen. Door deze handelingen kunnen zorgmedewerkers aandacht en zorg geven. Ze zijn betrokken bij de bewoner. De relatie is respectvol en vertrouwd. Laat mij hier een opmerking maken dat ongewenst gedrag of fysiek of geestelijke misbruik geen plaats hebben binnen de verzorging en dat een professionele houding vereist is. Er zijn dus zintuigelijke uitdrukkingen die verband houden met psychologische en sociale ervaringen, zoals Breton (1991) in zijn theorie bediscussieerd.

Verkerk (2020) pleit er ook voor dat lichamelijke en aanraking horen bij goede zorg. Ze benadrukt dat door de professionele houding zorgmedewerkers in staat zijn om in te schatten wat de grenzen van lichamelijke contact zijn om goede zorg te verlenen. In de zorgrelatie is het belangrijk om aandacht te geven en te merken wat de ander nodig heeft en tegelijk op de “responsiviteit” te letten: is wat ik doe fijn of gepast en hoe ervaart de bewoner dit? Belichaamde zorg is voornamelijk relationele zorg. De handen op schouders als voorbeeld kunnen troost en rust bieden als dit gepast is. Dit aspect vraagt om nadere reflectie, ook binnen de geestelijke verzorging.

Met de vraag die de bovengenoemde bewoner aan de woonbegeleider stelt “*Kan je me niet een knuffel geven en dan de corona wegdenken, omdat ik heb het zo nodig?*” spreekt deze persoon het gemis aan fysiek contact uit en de behoefte aan belichaamde zorg is duidelijk aangegeven.

De geïnterviewde zorgmedewerkers zijn er zich van bewust dat in de Covid-19 pandemie de verzorgingshandelingen zonder nabijheid moesten worden verricht. Dit maakt duidelijk dat ze zich begreemd voelden en merkten dat de bewoners zich doordoor niet prettig voelden. Uit het onderzoek komt naar voren dat het niet mogen aanraken van een bewoner een onnatuurlijk reactie is. Door het ontbreken van gepaste aanraking ontstaat voor de zorgmedewerkers het gevoel dat ze tekortschieten wat betreft het verlenen van goede zorg.

Goede Zorg

"Ik ben iemand bijvoorbeeld die niet alleen voor de mensen fysiek zorgt maar ook voor wat ze voelen, wat ze denken. Over dingen die in het verleden zijn gebeurd. Ik heb altijd advies aan mijn cliënten gegeven. Zit maar niet vast in het verleden. Denk maar niet verder. Ga maar lekker naar beneden. Ga maar lekker activiteiten doen. Probeer jij je af te leiden van de rare gedachten, dat probeer ik altijd met mijn cliënten. De mensen die ik ken, ze weten dat ik hen altijd aanmoedigde om verder te kijken en dat ze positief blijven." 5:5 ¶ 47 in Woonbegeleider 2

"Voor mij is goede zorg de zorg verlenen die een bewoner hoort te krijgen vanuit mijn beroep, zeg het maar. Ik probeer ze altijd zo goed te ontvangen, lekker ontbijtje voor ze maken. Van mijn mogen ze alles krijgen wat ze willen, wat ze wensen. Als het niet op de lijst staat dan ga ik naar de keuken, ga ik vragen of ze dat kunnen bestellen. Het luisterend oor aanbieden waar ze echt op zitten te wachten. Lekker naar buiten zodra er tijd daarvoor is. Dan 's middags de lunch natuurlijk. Lekker de kamer opruimen. Zorgen dat ze het echt naar hun zin hebben. Dat geef mij voldoening." 3:9 ¶ 43 in Woonbegeleider 2

"I- Wat betekent voor jou goede zorg verlenen? R – Dat jij vooral naar de mensen luistert. Dat jij luistert en dat je er bent. En niet maar zo vluchtig even van: hallo! Dat jij voor iemand iets betekent. Dat vind ik het belangrijkste. Ik zit wel achter de computer. Ik moet dit en dat. Maar ik denk, laat mij lekker bezig zijn met die mensen en praten" 7:24 ¶ 77-78 in Activiteit Begeleider 2

In de antwoorden op de vraag wat goede zorg voor jou betekent worden verschillende aspecten aangegeven. Goede zorg gaat verder dan fysieke verzorging. Daar hoort bij het geven van advies of aanmoediging aan de bewoners, zoals de Woonbegeleider 2 benadrukt. De wens dat een bewoner op zijn gemak is en tevreden leeft springt er ook uit. Bovendien is luisteren en praten met de bewoners fundamenteel voor de Woonbegeleider 2 en Activiteitbegeleider 2. De genoemde kenmerken drukken uit wat centraal staat in de presentie theorie. Baart (2007) wijst erop dat in het handelen en gedrag van degenen die zorgactiviteiten ontwikkelen betrokkenheid het fundament is. De zorgverlener zoekt manieren om aan de behoeften van degenen die hulp zoeken te voldoen. De zorgethiek die eraan ten grondslag ligt betreft een erkenning van de ander. Het gaat om "er zijn" met de implicaties dat dit ideaal in de praktijk weerbarstig kan zijn waardoor de zorgmedewerkers zich dagelijks de vraag kunnen stellen of zij het goed doen, in welke mate en op welke manier. Ik wil hiermee aangeven dat de zorgmedewerkers die ik geïnterviewd heb als grondslag aangegeven dat het hun wens is om voor de mensen

beschikbaar te zijn. Ze verwoorden de diepe wens om “er zijn met” en “er zijn voor”, voor de ander. Maar in sommige situaties dit is een grote uitdaging. Uit de bevindingen van mijn onderzoek over het thema “omgaan met de overledene” blijkt hoe de Covid-19 pandemie als gevolg had dat de goede zorg vanuit het perspectief van aandacht en aanwezigheid niet geboden kon worden. Daardoor hebben de zorgmedewerkers op verschillende manieren morele stress ervaren. Deze stressvolle ervaringen weerspiegelen hoe de zorgmedewerkers zich aangedaan voelen door de coronapandemie.

5. CONCLUSIES

In dit onderzoek heb ik op basis van interviews met zorgmedewerkers in de ouderenzorg een verkenning gemaakt van hun ervaringen tijdens de Covid-19 pandemie met aandacht voor bepaalde thema's, namelijk: lichamelijke dood, sterven, en afscheidsritueel. Deze ervaringen zijn door meningen en reacties vanuit medewerkers van het verpleegverzorgingshuis Het Anker in Voorburg zichtbaar geworden.

Het onderzoek zoekt een antwoord op de volgende centrale vraag:

Hoe beschrijven en ervaren zorgmedewerkers in een verpleeg-verzorgingshuis voor ouderen lichamelijke dood, sterven, dood en afscheid nemen van bewoners tijdens de coronapandemie?

Uit het onderzoek blijkt dat de begrippen die ik, in hoofdstuk drie, als basis voor het onderzoek heb gehanteerd om de gesprekken over de thema's te voeren relevant waren om de ervaringen naar boven te halen (zie bijlage 1 – topiclijst met zorgmedewerkers). Toch werden er ook veel reacties en aspecten genoemd die niet echt binnen deze thema's pasten om een beeld van de ervaringen te geven (zie resultaten uit Atlas.ti, open coderen). Daarom heb ik, op basis van een *grounded* benadering, alleen aandacht besteed aan de belangrijkste gebeurtenissen die kenmerkend zijn voor hun ervaringen en reacties in deze context. Het betreft:

- Afscheid nemen
- Sterven tijdens de pandemie
- Omgaan met overledenen

- Rouwverwerking
- Afstand houden
- Vereenzaming
- Lichamelijkheid
- Goede zorg

Vervolgens heb ik een verband gelegd tussen mijn theoretische invalshoeken en deze aspecten met als doel de belangrijkste bevindingen van mijn onderzoek, in hoofdstuk vier, te analyseren. In deze conclusies vat ik mijn analyse op hoofdpunten samen. Daarbij ga ik in op de relevantie van mijn conceptualisering en reflecteer ik op de mate waarin deze door de empirische bevindingen worden ondersteund. Ik sluit af met een bredere reflectie over mijn bevindingen en nieuwe vragen die door mijn onderzoek zijn opgeroepen.

De zorgethiek met specifieke inbreng van de presentie theorie gecombineerd met de antropologische visie over het lichaam volgens Le Breton (2018; 1991) wijzen zowel op het belang van “er zijn” als van “lichamelijkheid”. Wanneer de zorgmedewerkers hun handelingen en werkzaamheden verrichten met aandacht, betrokkenheid en aansluiting bij de behoefte van de bewoners herkennen de zorgmedewerkers dat als ‘goede zorg’. Hierbij staat de interpersoonlijke relatie centraal door “er zijn met” en/of “er zijn voor” de ander (Baart, 2007). Uit de uitspraken van mijn participanten is tevens gebleken dat zorgmedewerkers erkennen dat aandacht voor het lichaam hoort bij het bieden van goede zorg. Een hand geven, schouderklopjes, bewoners aanraken tijdens de lichamelijk verzorging sluiten aan bij de visie van de presentietheorie. Ik constateer dat de presentie theorie goede aanknopingspunten biedt voor het begrijpen van de manier waarop de zorgmedewerkers de bewoners bejegenen en hun taken uitoefenen. Dit roept de vraag op welke invloed deze theorie in de opleiding van zorgmedewerkers heeft. Hoe kwamen ze in aanraking met deze visie? In hoeverre botst deze manier van zorgverlening met de logica van productie, overgenomen van het bedrijfsleven? Deze vraag heb ik niet direct onderzocht maar verdient verdere verdieping. Nader onderzoek hierover kan helpen om beter inzicht te krijgen in de spanningen en morele dilemma’s die de zorgmedewerkers ondervinden.

Als gevolg van de maatregelen tijdens de Covid-19 pandemie kan ik op basis van mijn bevindingen constateren dat de verstoring van de intermenselijke relaties praktische toepassing van de presentiebenadering in ernstige mate beperkt heeft. Goede zorg in de zin van afstemming met en aansluiting op de wensen van zorgontvangers was nauwelijks mogelijk. De maatschappelijke en gezondheids crisis waar de samenleving in belandde met het centraal stellen van de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus heeft ingrijpende veranderingen met zich meegebracht voor de hele maatschappij en in het bijzonder voor de zorgsector. Zo'n infectie-uitbraak met grote impact had de Westerse wereld nog niet meegemaakt sinds de Tweede Wereldoorlog. De belangrijkste beslissing van de Nederlandse regering was vasthouden aan de infectiebestrijding omdat, als de verspreiding onder controle gehouden kon worden, de negatieve gevolgen zouden verdwijnen. Daarom werden maatregelen getroffen om de oplopende besmettingen te beperken (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2022). Binnen de ouderenzorg zijn extra gezondheidsrisico's aanwezig geweest. De aandacht voor de kwetsbaarheid van ouderen heeft ertoe geleid dat zorgmedewerkers zeer strenge maatregelen hebben nageleefd om zorg te verlenen. Afstand houden, vermijden van lichamelijk contact tussen bewoners en zorgmedewerkers, verbreken van sociale contact met naasten en familie werden, vooral in de eerste fase van de coronapandemie, regels om kwetsbare mensen te beschermen (Ruiter et al., 2022). Uit mijn onderzoek blijkt dat dit leidde tot spanningen tussen het bieden van goede zorg volgens de presentietheorie en de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van bewoners en verzorgenden binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

Ik beschrijf in hoofdstuk vier twee clusters van verlieservaringen die antwoord geven op de centrale vraag van dit onderzoek. Afscheid nemen, sterven tijdens de pandemie, omgaan met overledenen en rouwverwerking zijn het eerste cluster van gebeurtenissen die ik als *verlieservaringen* wil laten zien. De gebruikelijke gewoonten van laatste eer betuigen en waardering te laten blijken wanneer een overleden bewoner weggeleid wordt vanuit het verpleeghuis-verzorgingshuis ontbraken. Nabijheid en staan bij het sterfbed waren beperkt. Aanwezigheid bij de uitvaart van een bewoner met wie de zorgmedewerkers soms jarenlang contact hebben gehouden en met wie ze een warme band hebben gehad viel weg. Daarnaast toont het onderzoek dat de afscheidsrituelen voor de rouwverwerking werden gemist. Dit typeer ik als verlieservaringen omdat het gaat om gebeurtenissen die een relatiebreuk weergeven en tegelijk een diepe indruk op de persoon maakten (Keirse,

2020). Het besef daarvan kon door de afwezigheid van het overgangsritueel niet goed tot de verzorgenden doordringen. Anders gezegd, de dood van de bewoners werd niet gemarkeerd.

Afstand houden, vereenzaming, lichamelijke en goede zorg beschrijven bij elkaar het tweede cluster: het belang van *relationele zorg*. Uit de analyse van de uitspraken is gebleken dat het voorkomen van de verspreiding van het virus vereenzaming heeft gebracht. Dat geen persoonlijke aandacht gegeven kon worden maakte de situatie van de bewoners nog kwetsbaarder. Mijn onderzoek bevestigt de conclusies die Ruiter et. al.(2022:17) trekken. Zij stellen dat door de vermindering van sociale contacte de kwetsbaarheid van groepen zoals ouderen is toegenomen. Het vermijden van sociaal contact, zoals bewoners die geen bezoek van familieleden konden ontvangen of alleen essentiële contacten met zorgmedewerkers konden hebben om het risico op besmetting met het coronavirus te verkleinen, leidde ook tot een verhoogde psychosociale kwetsbaarheid in de vorm van vereenzaming. Uit de narratieven van de geïnterviewde zorgmedewerkers blijkt dat door afstand houden en het gebrek aan fysieke aanrakingen ook de kwetsbaarheid van de bewoners toenam. Goede zorg wordt door de verzorgenden duidelijk geplaatst binnen een holistisch en geïntegreerd perspectief waarin de zorg verschillende handelingen inhoudt. Contact houden, aandacht, aanwezig zijn, betrokkenheid en lichamelijke vatten de uitgangspunten van de relationele zorg samen. Tijdens de Covid-19 pandemie waren veel aanpassingen en veranderingen noodzakelijk om de gezondheids crisis te overwinnen. Uit de visie van de geïnterviewde zorgmedewerkers blijkt geen morele beoordeling van de maatregelen die in deze context werden genomen. In dit onderzoek is vooral opmerkelijk hoe heftig de situatie ervaren is. Desondanks zijn er oplossingen gevonden zoals een cabine buiten het gebouw van het verpleeg-verzorgingshuis als “ontmoetingsruimte” om het contact tussen bewoners en naasten/familieleden te herstellen. Ook is het gebruik van sociale media zoals videobellen of facetime ingezet om goede zorg te blijven hanteren. Het management van deze locatie heeft door het naleven van de veiligheidsprotocollen geprobeert de negatieve gevolgen te verzachten en het welzijn van de bewoners te bevorderen.

De beschreven gebeurtenissen die de geïnterviewde zorgmedewerkers hebben meegemaakt kunnen ook samengevat worden als ervaringen van morele stress. Zowel de genoemde *verlieservaringen* rond de dood, afscheid nemen en rouwverwerking als het

ontbreken van *relationele zorg* vanwege afstand houden, droegen bij aan vereenzaming en gebrek aan lichamelijke contacten. Dit heeft heftige emoties, gevoel van onmacht, frustraties en ethische vragen opgeroepen. Vanwege de strikte veiligheidsmaatregelen konden zorgmedewerkers niet de zorg verlenen die bij hun rol in het verpleegverzorgingshuis past. Dit bracht soms schuldgevoelens en stress met zich mee, ondanks het besef dat het niet de eigen verantwoordelijkheid was en dat het niet anders kon vanwege de Covid-19 pandemie. Wat blijkt is dat betrokkenheid en het zich verbonden voelen met de bewoners, waarbij soms een langdurige band is ontstaan, een verklaring is voor de vragen die de zorgmedewerkers zichzelf stellen over of ze goede zorg in de crisissituatie hebben kunnen bieden.

Reflectie en lessen uit het onderzoek

In dit onderzoek heb ik ervaringen en de beleving van zorgmedewerkers in de ouderenzorg tijdens coronapandemie in kaart gebracht. Mijn doel was om ruimte te geven aan hun verhalen daarover en om hun eigen opvattingen zichtbaar te maken. Binnen mijn visie op de beroepsuitoefening als geestelijke verzorger past het om ook met zorg om te gaan met hen die zorg verlenen. Dit onderzoek zie ik daarom als een bijdrage aan de versterking van geestelijke verzorging voor zorgpersoneel. Ik zal hiervoor enkele aanbevelingen geven:

1. In crisissituatie kunnen geestelijk verzorgers (desgewenst online) spirituele zorg aanbieden aan collega's, familie en naasten.
2. Groepsgesprekken en bijeenkomsten over morele stress kunnen ervoor zorgen dat ervaringen gedeeld worden.
3. Er moet ruimte zijn voor individuele counseling van zorgmedewerkers.
4. Geestelijk verzorgers kunnen bijdragen aan de rouwverwerking binnen heftige situaties gerelateerd aan de beroepsuitoefening.
5. Geestelijk verzorgers kunnen bijdragen aan het gedenken van overleden bewoners met collega's.

Tijdens het veldwerk merkte ik dat het niet eenvoudig is om gesprekken te voeren met zorgmedewerkers door hun gebrek aan tijd. Het was lastig gesprekken in te plannen omdat

de dagelijkse routine in de instelling en de intensiteit van het werk meerdere malen als argument werd gebruikt om de geplande afspraak uit te stellen. De uitnodiging om te praten over de eigen ervaring met werken en zorgen voor ouderen tijdens de coronapandemie werd niet altijd begrepen. ‘Waarom wil jij over mijn ervaring horen? Dat is niet zo belangrijk!’ Dergelijke uitspraken kreeg ik van verschillende zorgmedewerkers te horen. Ze waren verbaasd dat er aandacht aan hun onzichtbare werk besteed werd. Na afloop van de gesprekken kreeg ik enthousiaste reacties. Ze waren ontroerd door het delen van de herinneringen aan intense momenten. Ik hoorde van drie geïnterviewden hoe belangrijk het was om onverwacht deze luisterruimte te krijgen. Ze hadden geen idee dat ze de emoties verdrongen hadden. Dat bevestigde voor mij dat de gebeurtenissen ingrijpend waren. Ze gaven mij de opdracht om aan alle andere collega’s zo’n gesprek aan te bieden. Dit heeft mij ervan bewust gemaakt dat de rol van geestelijke verzorgers in tijden van crisis essentieel is. Daarom is het wenselijk dat er op een gestructureerde manier ruimte en tijd wordt gegeven aan geestelijke verzorgers om de betrokken zorgprofessionals direct te ondersteunen, vooral met gesprekken over omgaan met bewoners, met hun ervaringen en hun dilemma’s. Dit kan onderdeel van een inhoudelijke zingevingsaanbod vormen

Omdat dit onderzoek verkennend van aard is en de antwoorden die tijdens de interviews werden ontvangen in zekere zin ‘eenvoudig’ en ‘oppervlakkig’ waren, was het soms moeilijk verdieping te bereiken. Impasses en de reacties op morele dilemma’s zijn niet echt grondig onderzocht. Een ander aspect dat reflectie oproept is de rol van de geestelijk verzorger als onderzoeker. Ik vroeg me soms af of ik gedurende de interviews gezien werd als onderzoeker of als een geestelijk verzorger. Bij het verzoek om een interview gaf ik de gebruikelijke informatie dat ik een onderzoek aan het doen was. Maar ik merkte dat de informanten mij identificeerden als stagiair geestelijke verzorger. In deze interactie, in die specifieke context, leek het soms dat de rollen vermengd werden. Aandacht voor deze intersectie van rollen bracht mij tot de conclusie dat geestelijk verzorgers-onderzoekers zich bewegen tussen ondersteuning, een luisterend oor bieden aan de ervaringen van de informanten en afstand nemen om de verhalen te analyseren en te interpreteren.

Bibliografie

- Baart, A., (2004). *Aandacht Etudes in Presentie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma
- Baart, A., (2007). Presentie en Palliatieve zorg. *Sociale Interventie* 16 (3), 13-25. doi.org/10.18352/jsi.113
- Baart, A., (2018). *De ontdekking van kwaliteit Theorie en praktijk van relationeel zorg geven*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Byrne, M.J. & Nuzum, D.R. (2020). Pastoral Closeness in Physical Distancing: The Use of Technology in Pastoral Ministry during COVID-19. *Health and Social Care Chaplaincy*, 8 (2), 206-217
- Boekel, L. C., Stoop, A. & Luijk, K. G. (2020). Uitbraak COVID-19 in de Verpleeghuiszorg: wat kunnen we leren uit de literatuur van andere rampen of crisissituaties? *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie*. doi.org/10.36613/tgg.1875-6832//2020.03.01
- Bowen, G.A (2006). Grounded Theory and Sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5 (3), 12-23
- Breton, D. Le. *La sociología del cuerpo*. (2018). Presses Universitaires de France/Humensis: Editora Siruela. Kindle Edition
- Breton, D. Le. (2009). *Antropologia das emoções*. Petrópolis: Editora Vozes
- Breton, D. Le. Sociologie du Corps: perspectives. (1991). *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Janvier-Juin (90), 131-143. <https://www.jstor.org/stable/40690441>
- CBS. (2022, 01 april). *Sterfte in maart toegenomen, geen oversterfte*. Centraal Bureau Statistiek. Geraadpleegd op 09 mei 2022 van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/13/sterfte-in-maart-toegenomen-geen-oversterfte>
- Chamberlain, K., Camic, P. & Yardley (2004). Qualitative analysis of experience: grounded theory and case studies. In F. Marks, F. & L. Yardley (Eds), *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. (pp. 69-89). London: Sage.

- Delden, J.J.M van, Hertogh, C.M.P.M, Manschot, H.A.M (red.). (1999). *Morele problemen in de ouderenzorg*. Van Gorcum
- De Walt, K.M., De Walt, B.R. (2011). *Participant Observation – A guide for fieldworkers*. Maryland. AltaMira Press.
- Dey, N., Mishra, R., Fong, S. J., Santosh, K. C., Tan & S., Crespo, R.G. 2020. COVID-19: *Psychological and Psychosocial Impact, Fear, and Passion*. Digital Government: Research and Practice. 2, 1, Article 3, november, 1-4. doi.org/10.1145/3428088
- Elias, Norbert. (1984). *De eenzaamheid van stervenden in onze tijd*. Amsterdam: Meulenhoff
- Fortuin, N. P. M., Schilderman, J. B. A. M. & Venbrux, E. (2019). Religion and fear of death among older Dutch adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 31(3), 236-254. doi.org/10.1080/15528030.2018.1446068
- Foucault, M. *Power Essential Works 1954-84* (1994). Verenigd Koninkrijk: Penguin Modern Classics
- Foucault, M. *Microfísica do poder* (1979). Rio de Janeiro: Edições Graal
- Grisotti, M., Granada-, D., Detoni, P. P., Oliveira-, M. C., and Diehl, E. E. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 309-319. doi.org/10.7476/9786557081587.0021
- Hamel, M. (2020). *Morele Stress in Tijd van Corona*. Geraadpleegd op 12 april 2022, van <https://www.nursing.nl>
- Hart, J. de., Houwelingen, P. (2018). *Christenen in Nederland: kerkelijke deelname en christelijke gelovigheid*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau
- Hart, H., Van Dijk., De Goede, M., Jansen, W., & Teunissen, J. (1998). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Heffels, J.C.F., De Vries, D., Everink, I.H.J., Timmermans, A.M., Wegdamblas & M.C.A., Schols, J.M.G.A (2021). Ervaringen van (zorg)medewerkers tijdens een Covid-19 uitbraak

- en resultaten van serologische testen bij personeel in een zwaar getroffen verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2021.01.01
- Hiemstra, L. (2018). Er zijn voor de stervende: een onderzoek naar de motivatie van waakvrijwilligers. Master scriptie geestelijke verzorging, Radboud Universiteit
- Kaufman-Osborn, T. (2018). Introduction: on the politics and scholarship of Care. *Politics & Gender*, 14 (4), 1-28. doi.org/10.1017/S1743923X18000417
- Keirse, M. (2020). Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener. Tiel: Uitgeverij Lannoo
- Klaver, K. & Baart, A. Attentiveness in care: Towards a theoretical framework. *Nursing Ethics*, 18 (5), 686-693
- Labrie, E. (2022). Balanceren tussen trauma en veerkracht – Geestelijke verzorging van COVID-19 revalidanten in het verpleeghuis. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 105 (1), 42-48
- Landman, I (2020, 16 mei). *Jongeren kampen met corona eenzaamheid: ik mis mensen om me heen*. NOS. Geraadpleegd op 15 december 2022 van <https://nos.nl/artikel/2334100-jongeren-kampen-met-corona-eenzaamheid-ik-mis-mensen-om-me-heen>
- Marks, F.; Yardley, L. (Eds). 2004. *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. London:Sage.
- Mauss, M (1950). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 399-422
- Monnik, H. (2017). *Verlieskunde: Methodisch Kompas voor de beroepspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Murphy, K. (2020). Death and Grieving in a Changing Landscape: Facing the Death of a Loved One and Experiencing Grief during COVID-19. *Health and Social Care Chaplaincy*, 8 (2), 240-250
- NRC (2022, 05 juni). *Wat als doodoorzaak tel is een modekwestie*. Geraadpleegd op 05-03-2023 van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/05/06/wat-als-doodoorzaak-telt-is-een-modekwestie-a4122878>
- Onderzoeksraad voor veiligheid (2022). *Aanpak coronacrisis: deel 1 tot september 2020*. Den Haag: onderzoeksraad

Pilbeam, C. & Snow, S. 2022. Thank you for helping me remember a nightmare I wanted to forget: qualitative interviews exploring experiences of death and dying during COVID-19 in the UK for nurses redeployed to ICU. *Mortality*.

[doi.gov/10.1080/13576275.2022.2144356](https://doi.org/10.1080/13576275.2022.2144356)

Quartier, Th. (2010). Deathbed Rituals in Spiritual Care: Roles of Spiritual Caregivers in Dutch Hospitals, *Mortality*, 15 (2), 107-121. [doi.gov10.1080/13576275.2010.482769](https://doi.org/10.1080/13576275.2010.482769)

Quartier, Th (2010a). Mourning rituals - Between faith and personalization: changing ritual repertoires on All Souls Day in the Netherlands, *International Journal for the Study of the Christian Church*, 10 (4), 334-350. doi.gov./[10.1080/1474225X2010.507735](https://doi.org/10.1080/1474225X2010.507735)

Rijksoverheid (2022). *Corona virus tijdlijn*. Geraadpleegd op 06 december 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/maart-2020-maatregelen-tegen-verspreiding-coronavirus/>

Rossaert, I (2018). Manu Keirse: Op oudere leeftijd is elke stap er een van verlies, *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 50 (1), 12-14

Ruiter, A, Dronkers, P, Leget, C (2022). *Zorgzaam uit de crisis – Vijf uitgangspunten voor beleidsmakers*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

Stellinga, B.J.P, Hesselmans, M., De Hoog, J.R. & Bijleveld, C.C.J.H (2020). *Kwetsbaarheid en veerkracht. WRR-reflecties op de langetermijnevolgen van de coronacrisis*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Teresa de Jesus, S. *Castelo interior ou Moradas [Innerlijke Burcht]*. São Paulo: Ed. Paulus

The, A. M. (2005). *In de wachtkamer van de dood: Leven en Sterven met dementie in een verkleurde samenleving*. Amsterdam: Thoedis

Tronto, J. C (1994). *Moral Boundaries: A political Argument for an Ethic of Care*. New York, London: Routledge

Van der Geugten, W., Jacobs, G and Goossensen, A. (2022). The struggle for good care: moral challenges during the COVID-19 lockdown of of Dutch elderly care facilities, *International Journal of Care and Caring*, 6 (1-2), 157-177, doi.org/10.1332/239788221X16311375958540

Van Gennep, A (1977). *Os ritos de passage*. Petrópolis, Rio de Janeiro. Editora Vozes

Verkerk, M. 2020. Belichaamde zorg, belangrijk dan ooit. *GZ, Psychologie*, 12, 26-28.
doi.org/10.1007/s41480-020-0769-9

Verschuren, P. & Doorewaard, H. 2007. *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgeverij

Walter, T., 1996. A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality*, 1 (1), 7-25.

Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. 2010. *Psychologie van de Levenskunst*. Amsterdam: Boom Uitgeverij

Wierstra, I.R., Jacobs & G., Schuhmann, C. (2020) Present in Times of Crisis: The impact of COVID-19 on Activities, Visibility and Recognizability of Chaplains in a Healthcare Organization in the Netherlands. *Health and Social Care Chaplaincy*, 8 (2), 191-205.
doi.org/10.1558/hsc.41833

Wojtkowiak, J. & Jongen, E. Afscheidsrituelen in tijden van corona, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, jaargang 23 (98), 8-13

WZH(2016). Samen in gesprek over ethische vraagstukken, document WZH (2020), Jaardocument. https://www.wzh.nl/sites/default/files/wzh_jaardocument_2020_0.pdf, geraadpleegd op 14 december 2021

WZH (2021). Visie Geestelijke Verzorging, document, <https://www.wzh.nl/wzh/dit-zijn-wij/organisatie-wzh/onze-visie-op-zorg>, geraadpleegd op 26 oktober 2021

WZH (2022). Informatieorganisatie WoonZorcentra Haaglanden [website]. Geraadpleegd op 05 oktober 2022

Samenvatting

In deze studie verken ik de ervaringen van zorgmedewerkers in een verpleeg-/verzorgingshuis tijdens de Covid-19 pandemie. De presentie theorie formuleert een kritische visie op de zorgverlening met het voorstel dat het hulpaanbod moet aansluiten op de relatie met degene die hulp vraagt. Aandacht, “er zijn” voor een ander of contact maken met wat diegene nodig heeft staan in het presentie denken centraal. Tijdens de coronapandemie ontstond een andere werkelijkheid waarin afstand houden een belangrijk principe is geworden om gezondheidsveiligheid te creëren in de samenleving en vooral binnen de ouderenzorg. Ik besteed aandacht aan de thema’s lichamelijke, sterven, dood en afscheidsritueel. De onderzoeksresultaten geven aan dat de Covid-19 pandemie als een beproeving is ervaren door de zorgmedewerkers en daarom de mogelijkheid biedt om de validiteit van de presentietheorie te exploreren. Op basis van een kwalitatieve analyse van zes ervaringsverhalen van zorgmedewerkers biedt het onderzoek inzicht in de morele stress en de grenzen van de relationele en betrokken zorg die de zorgmedewerkers willen leveren.

Bijlage 1 - Topiclijst interviews met zorgmedewerkers

Referentiekader

Voordat ons gesprek gaat beginnen zou ik het leuk vinden om iets over jezelf en je leven te weten? Kan je kort wat over jezelf vertellen?

- Wie ben je, waar kom je vandaan?
- Wat is je gezinssituatie?
- Werk je al lang bij WZH?
- Wat doe je voor werk?
- Welke is je leeftijd?
- Wat doe je in je vrije tijd? OF: Heb je hobby's?

Cluster vragen thema's

Cluster 1: werksituaties/ Maatschappelijke en gezondheids crisis (normale werksituatie x pandemie)

- Kunt je mij kort beschrijven hoe je werkzaamheden waren voor de pandemie en na de pandemie?
- Welke verschil viel je het op?
- Hoe kijkt je na de uitbraak van de coronapandemie? Welke waren voor je het gevolgen?

Cluster 2: lichamelijkeheid/ contact/ betrokkenheid/ aandacht met cliënten

- Wat vind je belangrijk tijdens jouw contact met cliënten?
- Wat betekent voor jou "goede zorg" te geven?
- Hoe is het contact geweest om aandacht en zorg te verlenen tijdens de eerste golf?
- Welke veranderingen zijn tijdens de pandemie geweest om aandacht en zorg te verlenen?
- Hoe was om andere handelingen te verrichten? Hoe heb jij dit ervaren? Wat deed dit met jou?

Cluster 3: Stervende/ Verlieservaringen/ Rouwreacties/

- Hoe gaat je met sterven van cliënten om?
- Is dat anders in de eerste golf van de pandemie geweest?
- Hoe heeft je dit ervaren? Hoe voelde u zich in deze situatie?

Cluster 4: Rouwwerk/ Afscheidsritueel

- Welke rol speelt het thema 'dood' en 'leven' in je persoonlijke leven/professionele leven?
- Hoe wordt afscheid van een cliënt genomen? Is dat anders geworden tijdens de eerste golf?
- Hoe neemt je persoonlijke afscheid van een cliënt?
- Hoe ga je om met het verdriet nadat een cliënt is overleden? Wat doe je?

Cluster 5: levensbeschouwing/ zin-betekenisgeving/ troost

- Ben je niet-gelovig? Of ben je gelovig, religieus of spiritueel? Kunt je mij iets daarover zeggen?
- Wat bedenkt dat voor je?
- Zijn er voor je bronnen of personen die dienen als bronnen van zingeving?
- Welke rol speelt je levensbeschouwing op jouw werk?
- Hoe geef je zin/betekenisgeving aan de verlieservaringen van een cliënt tijdens de pandemie?

Bijlage 2 - Code Lijst – Atlas.ti

Code	Grounded	Code Groups
● afstand houden	7	Afstand houden/lichamelijkheid
● lichamelijke aanrakingen	8	lichamelijkheid
● verlangen naar fysiek contact (huidhonger)	4	Lichamelijkheid
● contactloos	8	Afstand houden
● dienstbaarheid	1	Afsftand houden
● band met een cliënt	1	Bejening van cliënten
● bejening naar cliënten	11	Bejening van cliënten
● bejening naar cliënten tijdens de pandemie	8	Bejening van cliënten
● respect voor elkaar	3	Bejening van cliënten
● bewondering	1	Over dood/verlies
● over euthanasie	1	Over dood/verlies
● Over de dood/verlies van cliënten	14	Over dood/verlies
● rouwverwerking	9	Over dood/verlies
● sterven pad	2	Over dood/verlies
● sterven tijdens de pandemie	2	Over dood/verlies
● afscheid nemen	18	Afscheid nemen
		Normale afscheidsritueel
● over deelnemen aan de uitvaart	2	
		Normale afscheidsritueel
● Normale afscheidsritueel	8	
● eenzaamheid	3	Vereenzaming
● lockdown in eigen kamer	2	Vereenzaming
minder interactie met bewoners	2	Vereenzaming
● verandering in de werkzaamheden	5	Vereenzaming
● verdriet	3	Vereenzaming
● Vereenzaming	4	Vereenzaming
○ religieuze visie	10	Goede zorg
○ persoonlijke visie op zorg	5	Goede zorg
○ goede zorg	4	Goede zorg
● versterking van de relatie zorgmedewerkers en cliënten	1	Impact Covid-19
● gebrek aan perspectief	2	Impact Covid-19
● gedragsverandering cliënten	1	Impact Covid-19
● reactie van bewoners na de uitbraak coronapandemie	2	Impact Covid-19

● reacties van bewoners tijdens de pandemie	2	Impact Covid-19
● geladenheid	6	Impact Covid-19
● impact van de pandemie	10	Impact Covid-19
● onverwacht/niet bekend	1	Impact Covid-19
● onzekerheid	1	Impact Covid-19
● angst	2	Impact Covid-19
● opinie over anti-vaccin	3	Werkzaamheden
● virtuele contact/communicatie met familie	3	Werkzaamheden
● werkzaamheden voor corona	4	Werkzaamheden
		Werkzaamheden
● niet zich zelf kunnen zijn	3	
● ongevoeligheid	1	Werkzaamheden
● richtlijnen houden	2	Werkzaamheden
● soort postbode	2	Werkzaamheden
● spirituele visie	5	Levenbeschouwing
● eigen spiritualiteit	2	Levenbeschouwing
● relatie met de familie	4	Levenbeschouwing