

Interpretatief zorgethisch onderzoek in de praktijk

Ine Gremmen

Dit artikel gaat in op de vraag of en hoe interpretatief sociaal wetenschappelijk onderzoek samen kan gaan met onderzoek dat door een bepaald perspectief is ingegeven. Het hanteren van een bepaald theoretisch en/of moreel perspectief lijkt in strijd met de vereisten die verbonden zijn met interpretatief onderzoek, zoals een zo open mogelijke houding van de onderzoeker. Het artikel laat echter zien dat interpretatief-onderzoek-vanuit-een-perspectief in theorie mogelijk is. Hoe dergelijk onderzoek er in de praktijk uit kan zien wordt geïllustreerd aan de hand van de analyse van een gedeelte van een interviewtranscript. Het onderzoeksproject Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case' waarvan het transcript deel uit maakt, wordt toegelicht evenals het zorgethisch perspectief dat in dit project wordt gehanteerd. In de analyse van het interviewfragment worden een interpretatieve benadering en een zorgethisch perspectief met elkaar in wisselwerking gebracht. Een van de conclusies is dat reflectie op het gehanteerde perspectief een sleutelrol vervult: niet alleen omdat daardoor duidelijk wordt hoe dit perspectief bijdraagt tot de resultaten van de interpretatieve analyse, maar ook omdat dit perspectief pas dan verder ontwikkeld kan worden aan de hand van het onderzoeksmateriaal.

[methodologie, interpretatief onderzoek, zorgethiek, geestelijke gezondheidszorg, 'zelfbinding']

Interpretatief sociaal-wetenschappelijk kwalitatief onderzoek is erop gericht de ervaringen en overwegingen van mensen die direct bij een bepaalde problematiek betrokken zijn 'op eigen termen' en in hun sociale en institutionele context te begrijpen. Tegelijkertijd is het inmiddels een open deur dat het onmogelijk is om op een waardenvrije of theorieleze wijze onderzoek te doen. Ook interpretatief onderzoek vindt plaats vanuit een perspectief, hoe open dat misschien ook geformuleerd is. Het hanteren van een perspectief houdt onder meer in dat bepaalde vragen als belangrijker gelden dan andere en sommige antwoorden als relevanter dan andere.

In dit artikel wil ik ingaan op de vraag hoe interpretatief-onderzoek-vanuit-een-perspectief er in de praktijk uit kan zien.¹ Hoe kan een onderzoeker de ervaringen en overwegingen van mensen die hun medewerking verlenen aan het onderzoek 'op eigen termen' begrijpen en die tegelijkertijd vanuit een bepaald perspectief benaderen? Zijn de vereisten die verbonden zijn met 'op eigen termen begrijpen' en 'het hanteren van een perspectief' immers niet tegenstrijdig?

Hierna zal ik om te beginnen ingaan op de tegenstrijdigheid die er, ten minste op het eerste gezicht, bestaat tussen de vereisten van interpretatief onderzoek en onderzoek

vanuit een perspectief. Daarna zal ik het interpretatieve zorgethische onderzoeksproject bespreken waaraan ik op dit moment meewerk: het project *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'*.² Ik zal aangeven wat 'zelfbinding' inhoudt en ingaan op de mogelijke betekenis van een zorgethisch perspectief op dit onderwerp. Dan ga ik in op de vraag: hoe kan een interpretatief zorgethisch onderzoeksproject eruit zien op het niveau van de alledaagse uitvoering, in dit geval dat van de analyse van het onderzoeksmateriaal? Ik zal deze vraag bespreken aan de hand van een fragment uit een interview. Tot slot zal ik conclusies formuleren over het combineren van interpretatief onderzoek en onderzoek dat door een perspectief is ingegeven.

Interpretatief-onderzoek-vanuit-een-perspectief: tegenstrijdige vereisten?

In interpretatief onderzoek wordt ervan uitgegaan dat de sociale werkelijkheid geconstrueerd wordt in de interactie tussen mensen. Dit impliceert dat betekenisgeving en interpretaties aan deze werkelijkheid inherent zijn. Een goed begrip van deze betekenisgeving en interpretaties wordt onder meer nagestreefd aan de hand van aan de etnomethodologie en het symbolisch interactionisme ontleende methoden als 'taking the member's perspective' (Schwartz & Jacobs 1979) en 'thick description' (Geertz 1973, Denzin 1989, Shrage 1994). Hierbij gaat het erom dat de ervaringen en overwegingen van mensen die direct bij de onderzochte problematiek betrokken zijn gedetailleerd, en vanuit hun perspectief en context, beschreven en geanalyseerd worden. Deze werkwijze vereist dat de onderzoekers hun theoretische kennis en normatieve vooronderstellingen en intuïties over de onderzochte problematiek tijdelijk 'tussen haakjes' zetten (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990). De onderzoekers moeten vermijden dat ze er impliciet vanuit gaan beter te weten dan betrokkenen zelf wat er 'echt' aan de hand is.

Interpretatieve onderzoeksmethoden zijn door feministische auteurs krachtig bepleit en verder ontwikkeld, vanuit het inzicht dat veel onderzoek dat pretendeert onpartijdig te zijn geen recht doet aan de ervaringen van mensen die direct bij het onderwerp van onderzoek betrokken zijn (Roberts 1981, Bowles & Klein 1983, Addelson 1991, Reinharz 1992). Tegelijkertijd is echter ook in vrouwenstudies het inzicht uitgewerkt dat het onmogelijk is om op een theorie-loze of waarden-vrije wijze onderzoek te doen. Elk onderzoek en elke onderzoeker is 'gesitueerd'. Vanuit dit inzicht wordt, eveneens krachtig, bepleit dat onderzoekers hun theoretische en normatieve vooronderstellingen opsporen, expliciteren en erop reflecteren (Stanley 1990, Finch & Mason 1990, Code 1991, 1995, Reinharz 1992, Stanley & Wise 1993, Davis & Gremmen 1998).

Een 'zorgethische epistemologie' (Code 1991, 1995, Walker 1989, 1998, Sevenhuijsen 1996) kan deze vereisten met elkaar verenigen. Deze benadering hecht om te beginnen grote waarde aan het schenken van aandacht aan wat, en hoe, mensen over hun ervaringen vertellen. Bovendien wordt het van belang geacht om morele verschijnselen, problemen of kwesties in concrete contexten te bezien en ze van meerdere kanten te belichten. Daarbij hoeft niet één oplossing of uitkomst de moreel meest juiste

te zijn. En tenslotte verlangt een zorgethische epistemologie dat onderzoekers hun kennisuitspraken verantwoorden.

De uitgangspunten van interpretatief onderzoek en onderzoek dat door een perspectief is ingegeven kunnen beide worden afgeleid uit een zorgethische epistemologie. Deze verlangt, kentheoretisch en methodologisch gezien, dat onderzoekers zowel de onderzoekssubjecten 'op eigen termen' serieus nemen als kritisch reflecteren op hun eigen theoretische en normatieve perspectief. Het 'tussen haakjes zetten' van theoretische en normatieve vooronderstellingen houdt daarbij niet langer de onmogelijke eis in om ze geen rol te laten spelen, maar de opdracht om na te gaan hoe ze eruit zien en hoe ze werken.

Wat betekent dit voor de uitvoering van een dergelijk onderzoek? Hoe kan een interpretatief zorgethisch onderzoeksproject er dan bijvoorbeeld uitzien op het niveau van de analyse van het onderzoeksmateriaal? Om op deze vraag te kunnen ingaan aan de hand van een voorbeeld uit het onderzoeksproject *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'*, zal ik eerst een toelichting geven op het onderwerp zelfbinding en op het onderzoeksproject.

Zelfbinding in de geestelijke gezondheidszorg

Onderwerp van het onderzoeksproject *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'* is 'zelfbinding' in de geestelijke gezondheidszorg. Zoals er nu over wordt gesproken, houdt zelfbinding in dat een persoon die herhaaldelijk terugkerende crisissituaties heeft meegemaakt als gevolg van haar psychiatrische problematiek een regeling treft waarin staat wat er moet gebeuren als zich een nieuwe crisis zou aandienen. Het typische zelfbindingselement is dan dat de persoon op het moment van het opstellen van de regeling toestemming geeft om in de toekomstige situatie zo nodig tegen haar toekomstige wil het plan van aanpak uit te voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om iemand die manische en/of depressieve perioden heeft en die uit ervaring inschat dat zij zich bij een (dreigende) crisis zal verzetten tegen de maatregelen die haar tijdens meer stabiele en heldere periodes, en op grond van eerdere ervaringen, juist nodig lijken.³

Zelfbinding is te beschouwen als toestemming vooraf voor de uitoefening van dwang in een welomschreven situatie in de toekomst. Wanneer het gaat om opname en/of behandeling, is zelfbinding op dit moment wettelijk niet mogelijk. De latere wilsuiting, dat wil zeggen het latere verzet tegen de opname en/of de behandeling, heeft in principe meer gewicht dan de eerder gegeven toestemming. Gedwongen opneming respectievelijk dwangbehandeling is op dit moment wettelijk alleen gerechtvaardigd, wanneer de persoon als gevolg van de psychiatrische aandoening een gevaar respectievelijk een ernstig gevaar vormt voor zichzelf of de omgeving en dit gevaar niet anders dan door middel van dwang kan worden afgewend. Deze criteria zijn vastgelegd in de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).

De Nederlandse regering overweegt momenteel om zelfbinding juridisch mogelijk te maken. Dit zou de mogelijkheid scheppen dat zo nodig met dwang wordt ingegrepen in een eerder stadium van zich ontwikkelende crisissituaties dan de huidige wet BOPZ

toestaat. Daardoor zouden verdere escalatie van de crisis en de nadelige gevolgen daarvan kunnen worden vermeden.

Zelfbinding en zorgethiek

In het debat over zelfbinding zoals dat tot nu toe overwegend wordt gevoerd, wordt zelfbinding enerzijds gezien als een vorm van verlengde of vooruitgeschoven autonomie: de cliënt beslist zelf voor een specifieke situatie in de toekomst. Anderzijds wordt zelfbinding gezien als een verruiming van de mogelijkheden tot dwangtoepassing in de geestelijke gezondheidszorg: dwang wordt mogelijk op ruimere gronden dan in de huidige wet BOPZ het geval is.

Doelstelling van het project *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'* is de theorievorming, de normatieve discussie en het beleid rond zelfbinding te verbreden en te verdiepen. Dit doel wordt nagestreefd door zelfbinding te benaderen vanuit de ervaringen van personen voor wie deze thematiek direct relevant is en vanuit een, daartoe verder te ontwikkelen, zorgethisch theoretisch perspectief.⁴ Als kenmerkend voor een zorgethiek geldt daarbij, naast hetgeen ik hierboven heb beschreven onder de noemer 'zorgethische epistemologie', dat deze uitgaat van een relationeel mensbeeld. Mensen worden gezien als onderling verbonden en als in relatie tot en in interactie met anderen hun leven vorm en betekenis gevend. Deze opvatting is ingegeven door kritiek op een individualistisch beeld van mensen als autonome, (idealiter) los van elkaar staande, onafhankelijke individuen. In een zorgethisch perspectief krijgt 'autonomie' een relationelere invulling. De centrale morele waarden van een zorgethiek zijn onder meer: aandachtigheid voor behoeften aan zorg, verantwoordelijkheid voor het voorzien in behoeften aan zorg, competentie voor de concrete taken van het zorg verlenen, en responsiviteit, dat wil zeggen aandacht voor de reacties van degenen op wie de zorg is gericht (Tronto 1993, Sevenhuijsen 1996).⁵

Een zorgethisch theoretisch perspectief op het thema zelfbinding stelt andere vragen en belicht andere kwesties dan een perspectief dat individuele autonomie centraal stelt. Het debat over zelfbinding wordt daarmee niet noodzakelijk eenvoudiger, maar mogelijk wel breder, grondiger of genuanceerder.

Een voorbeeld. Dwanguitoefening geldt in een benadering die vertrekt vanuit individuele autonomie als een inbreuk op de grondrechten van de persoon die de dwang ondervindt. De moeilijke vraag is dan of zelfbinding, als door een cliënt zelf in vrijheid vooraf gekozen dwang, gerechtvaardigd kan worden als een vorm van respect voor de autonomie van de cliënt. Mag worden voorbijgegaan aan het eventuele latere verzet van de cliënt en zo ja, op welke gronden?

In een zorgethische benadering is dwang evenzeer problematisch als in een benadering die vertrekt vanuit individuele autonomie, maar dan vanuit de gedachte dat dwang getuigt van gebrek aan aandacht, inlevingsvermogen en begrip (Nicolai 1994, Gremmen 1999). Dwang schaadt de (vertrouwens)relaties en de communicatie tussen de betrokkenen of zet die onder druk. De evenzeer moeilijke vraag is dan of zelfbin-

ding kan worden gerechtvaardigd als een vorm van voorzien in een door een cliënt vooraf geformuleerde behoefte, kortom, als een vorm van zorg.

In theorie zou een zorgethische benadering van zelfbinding vragen stellen bij het streven naar een scherp onderscheid tussen 'vrijheid' en 'dwang' dat verbonden is met een benadering die vertrekt vanuit individuele autonomie (vgl. Zeegers 1999). Eerder zou de nadruk liggen op relationele kwesties rond zelfbinding en op context-gerichte overwegingen. Vanuit een zorgethiek zou bijvoorbeeld betoogd kunnen worden dat het overwegen en eventueel opstellen van een zelfbindingsregeling moet plaatsvinden in open overleg tussen de betrokkenen. In hulpverleningsrelaties zou daarbij dan van hulpverleners gevraagd worden dat zij een dergelijk overleg tussen de cliënt, familieleden en hulpverleners bevorderen, dat ze zorgvuldig omgaan met de machtsongelijkheid in de relatie tussen hulpverleners en (min of meer op hulpverlening aangewezen) cliënten, dat ze zich het vertrouwen van cliënten en familieleden waardig tonen, en dat ze verantwoording afleggen van hun overwegingen en handelwijzen.⁶

Interpretatieve zorgethische analyse van een interviewfragment

Hoe kan een interpretatieve zorgethische benadering er in concreto uit zien? Ik bespreek deze vraag aan de hand van een gedeelte uit een interview dat ik voor project *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'* heb gehad met een hulpverlener. De hulpverlener is verbonden met een cliënt die eerder eveneens voor het project is geïnterviewd.⁷ Ik heb uit het interview een fragment gekozen dat ik op het eerste gezicht wat moeilijk 'op eigen termen' te begrijpen vond en daarom nader wilde bestuderen. Het fragment staat apart afgedrukt in een bijlage. De hieronder cursief en tussen aanhalings- en sluitingstekens weergegeven woorden en zinsdelen zijn formuleringen die de hulpverlener in het gesprek heeft gebruikt.⁸

Zelfbinding en de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener

In antwoord op mijn vraag of de hulpverlener zelfbinding een zinvolle optie zou vinden voor de geïnterviewde cliënt vraagt hij zich af of zelfbinding voor deze cliënt 'wel nodig' is. De cliënt kan zelf signaleren hoe het met hem is gesteld en zo nodig zijn dagindeling en zijn medicatie daaraan aanpassen. De cliënt is in de ervaring van de hulpverlener 'zelf heel attent en zorgvuldig in het sturen van zijn psychiatrisch toestandsbeeld.' Zelfbinding zou 'zinnig' kunnen zijn voor het geval de cliënt 'in een meer crisisachtige situatie terechtkomt, de grip op de dingen gaat verliezen' en 'zo verward is dat ie de samenwerking opzegt, of daar niks meer in ziet.' Maar 'zo ken ik hem niet dus', voegt de hulpverlener eraan toe.

Zelfbinding overwegen zou deze hulpverlener 'verstandig' lijken voor cliënten die juist niet zelf kunnen bijsturen (al dan niet met hulp van anderen) en die bovendien wanneer ze in een crisissituatie raken 'niet meer aanspreekbaar' zijn, geen 'goed contact bieden' met de hulpverlening. Steeds betreft het cliënten met een 'wisselend toe-

standsbeeld' waarbij crisisperioden zich afwisselen met *'periodes van een meer stabiele manier van functioneren.'*

De hulpverlener zou *'niet routinematig met iedereen'* een zelfbindingsregeling treffen, *'maar alleen als je aanvoelt dat het een probleem zou kunnen worden, of alleen als je uit ervaring weet dat het een probleem is.'* Zelfbinding heeft namelijk in de visie van de hulpverlener *'toch'* (hoewel je misschien anders zou verwachten) *'iets ingrijpends.'*

Zijn aarzelingen betreffen drie punten. Ten eerste kan het aansnijden, door de hulpverlener, van het onderwerp zelfbinding iets introduceren in het contact tussen cliënt en hulpverlener dat de hulpverlener daar niet graag in inbrengt, namelijk *'twijfel aan de stabiliteit'* van de cliënt. Misschien gaat het wel weer een keer mis. Dit kan zelfs een gevoel van *'hopeloosheid'* geven. Er zal zich in de toekomst onvermijdelijk een nieuwe crisis voordoen. Het risico bestaat dus *'dat je nodeloos de verwachting introduceert dat het misschien op termijn mis kan gaan.'*

De tweede aarzeling is dat het introduceren van zelfbinding naar de het idee van de hulpverlener *'het vertrouwen dat hulpverlener en cliënt het samen wel zullen redden een beetje op de tocht'* zet. Waarom zou je dat onnodig doen? *'Als goede samenwerking werkt, dan moet je het daar bij houden'*, meent hij.

Ten derde voegt zelfbinding in de visie van de hulpverlener nog iets anders toe aan de relatie: *'als samenwerking niet meer werkt, dan heb ik een stok achter de deur waarmee ik je nog altijd kan helpen. Dan kom je een beetje in een machtsverhouding: dan kan ik iets aan jou gaan doen wat jij eigenlijk op dat moment niet meer wilt.'* Ook dit zou niet onnodig moeten gebeuren. *'Ik vind dat je dat achterwege moet laten als je niet bij voorbaat weet dat het echt relevant is.'*

Met name het derde punt maakt in de visie van de hulpverlener misschien het ingrijpende karakter van zelfbinding uit, bijvoorbeeld in vergelijking met een 'gewoon' plan van aanpak bij een dreigende crisis. Over crisisplannen zegt hij namelijk: *'Ik denk dat het in elke behandeling zinnig is om daarover na te denken.'* Dit terwijl ook het aansnijden van het onderwerp crisisplan twijfel aan de stabiliteit van de cliënt zou kunnen introduceren. Maar terwijl een crisisplan onderdeel uit kan maken van de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener, zodat het idee dat ze het samen wel zullen redden niet in de waagschaal hoeft te worden gesteld, lijkt zelfbinding dit idee te ondermijnen. In de visie van de hulpverlener schept zelfbinding, in tegenstelling tot een crisisplan, een ongelijke machtsverhouding. Dit zou al gelden op het moment dat hulpverlener en cliënt het niet eens zouden zijn over de vraag of de zelfbindingsregeling in een specifieke situatie van toepassing is. *'En dan ben ik degene die bepaalt van: "Ja, maar ik vind nu de situatie zodanig dat we hier naar teruggaan." Dat heeft toch iets van ongelijkheid.'* Het daadwerkelijk uitvoeren van een zelfbindingsregeling zou in de formulering van de hulpverlener dan ook kunnen neerkomen op *'een patiënt dominant gaan voorschrijven wat die heeft te doen.'*

Relaties en risico's

De overwegingen van de hulpverlener zijn te beschouwen als een illustratie van de relevantie van een zorgethische benadering van de thematiek van zelfbinding. Onder-

werpen als contact, samenwerking, vertrouwen en macht in de relatie tussen cliënt en hulpverlener zijn belangrijk om de problematiek te belichten.

Verskillende punten in hetgeen de hulpverlener zegt vallen daarbij op.

Een eerste punt is dat de hulpverlener erg beducht lijkt om het vertrouwen in de relatie in de waagschaal te stellen. Het aankaarten van het onderwerp zelfbinding kan dat in zijn ogen bewerkstelligen. Vanuit een zorgethische invalshoek kun je hierbij vragen stellen aan wat de hulpverlener zegt. Bijvoorbeeld de vraag of vertrouwen en samenwerking in de relatie tussen cliënt en hulpverlener niet juist een goede *basis* kunnen vormen voor de hulpverlener om het onderwerp zelfbinding ter sprake te brengen, mits het hem relevant lijkt. Een gesprek over een zelfbindingsregeling zou zorgethisch gezien *voort kunnen komen* uit vertrouwen en samenwerking tussen cliënt en hulpverlener in plaats van die in gevaar te brengen. Indien het onderwerp relevant is, kan het vertrouwen in de relatie tussen cliënt en hulpverlener misschien zelfs *versterkt* worden doordat de hulpverlener het aansnijdt, vanuit zijn kennis, deskundigheid, betrokkenheid, verantwoordelijkheid.

Maar, en dat is belangrijk, de hulpverlener ziet de situatie anders. Hij ziet eerder risico's dan mogelijkheden als het gaat om de communicatie. Vanuit een interpretatieve werkwijze zul je hier dan ook vragen stellen aan het zorgethisch perspectief. Wordt vanuit zorgethisch perspectief wel voldoende nagedacht over de risico's die verbonden zijn met overleg en, als mogelijk onderdeel daarvan, confrontatie in de relatie tussen cliënt en hulpverlener? En over de vraag hoe goed kan worden omgegaan met het risico dat in de communicatie tussen cliënt en hulpverlener het vertrouwen en de samenwerking in de relatie op het spel komen staan?

Als een tweede punt, dat niet los staat van het voorafgaande, laat het fragment zien dat goede hulpverlening enerzijds en machtsongelijkheid en machtsuitoefening anderzijds in de formulering van de hulpverlener op gespannen voet met elkaar staan. Door zelfbinding kan de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener in de visie van de hulpverlener veranderen in een ongelijke machtsrelatie waarin de hulpverlener het eenzijdig voor het zeggen heeft.

Vanuit een (feministisch) zorgethisch perspectief gezien kun je hier zeggen dat machtsongelijkheid in zekere opzichten in hulpverleningsrelaties onvermijdelijk is en dat hulpverleners daarmee op verantwoorde wijze moeten omgaan. Maar omgekeerd valt aan het zorgethisch perspectief de vraag te stellen hoe dan in dit concrete geval bepaald kan worden of het om onvermijdelijke machtsongelijkheid gaat of niet. Dat dit een belangrijk thema is, blijkt ook uit het vervolg van het interview dat ik nu zal bespreken.

Zelfbinding en zorg

Wanneer ik de hulpverlener in het interview voorleg dat een cliënt zelf zou kunnen komen met de wens om een zelfbindingsregeling te treffen, reageert hij veel minder aarzelend dan in het voorafgaande. Hij zegt dat hij hier '*geen probleem mee*' zou hebben. '*Als het aan het gevoel van zekerheid, van vertrouwen van de patiënt iets kan toevoegen*', zegt hij, '*dan ben ik onmiddellijk bereid dat te doen*'. Als een cliënt '*zelf zich*

veiliger voelt bij de gedachte dat er zo'n zwart op wit papier ligt waarin die afspraken vastgelegd zijn, is prima.' Hiervoor hoeft in de visie van de hulpverlener niet vast te staan dat zich in de toekomst een crisissituatie kan voordoen waarin de cliënt niet aanspreekbaar zal zijn of zich zal verzetten. *'Ja, ook als ik denk dat het nooit nodig is, maar dan is het er gewoon.'*

De eerder geuite aarzelingen rond het bespreken en eventueel uitvoeren van zelfbinding lijken hier afwezig. Het cruciale punt daarbij lijkt te zijn dat een cliënt zelf een behoefte formuleert aan zelfbinding als een vorm van zorg: geruststelling, veiligheid, niet in de steek gelaten worden. Dit wordt ook geïllustreerd in het laatste deel van het fragment, waarin de hulpverlener de twee invullingen van zelfbinding die hij heeft gegeven nog eens naast elkaar zet: *'ik wil aan de ene kant niet een patiënt dominant gaan voorschrijven wat die heeft te doen, en aan de andere kant zal de patiënt niet in de steek gelaten worden op het moment dat hij behoefte heeft aan hulp.'*

De formulering van behoeften aan zorg

Zorgethisch gesproken kun je over dit deel van het fragment zeggen dat de hulpverlener aandacht heeft voor een eventuele behoefte van cliënten aan zelfbinding als vorm van zorg of hulp, en dat hij ook de verantwoordelijkheid zou willen nemen om daarin te voorzien.

Ook nu vallen verschillende punten op.

Een eerste punt is dat het in de ogen van de hulpverlener hier niet van doorslaggevend belang is of zelfbinding nodig zou zijn om escalatie van een eventuele volgende crisissituatie te voorkomen. Hij zou bereid zijn om zelfbinding te bespreken en vorm te geven als een cliënt daar zelf over begint op een manier die op te vatten is als de formulering van een behoefte aan zorg (geruststelling, veiligheid, vertrouwen).

Vanuit zorgethisch perspectief vallen hier vraagtekens bij te zetten. Het signaleren van een behoefte aan zorg hoeft zorgethisch gesproken immers niet automatisch te leiden tot het nemen van verantwoordelijkheid om in die behoefte te voorzien (Sevenhuijsen 1996). Vanuit een zorgethisch perspectief op de verantwoordelijkheid van de hulpverlener kun je dan ook de vraag stellen of de hulpverlener niet zou moeten proberen om met de cliënt tot een minder ingrijpende maar evenzeer voor de cliënt geruststellende regeling te komen.

Ook nu moet je vanuit een interpretatieve benadering het vragen stellen weer omkeren.

Een van de vragen aan de zorgethiek zou dan zijn om meer aandacht te besteden aan het punt dat de cliënt hier zelf over zelfbinding begint, in termen van een behoefte aan zorg. Dit lijkt voor de hulpverlener immers het ingrijpende karakter dat zelfbinding in zijn ogen heeft te kunnen ondervangen.

Een tweede punt dat opvalt, is namelijk dat zelfbinding voor de hulpverlener lijkt te veranderen van '(onverantwoorde) machtsongelijkheid en machtsuitoefening' in '(goede) zorg en hulpverlening' *doordat* het gaat om een door een cliënt geuite behoefte aan zorg of hulp. Zelfbinding verandert dan van 'de cliënt dominant iets voorschrijven' in 'de cliënt niet in de steek laten'.

Vanuit (feministisch) zorgethisch perspectief gezien zou dit een te simpele redenering zijn. Vanuit dit perspectief verdwijnt macht niet uit hulpverleningsrelaties, als cliënten zich uitspreken over hun behoeften aan zorg en hulp. Ook in de formulering van behoeften kunnen machtsmechanismen besloten liggen en kunnen machtsprocessen een rol spelen (Fraser 1989, Tronto 1993). Denk bijvoorbeeld aan de toewijzing van zorg op indicatie van een hulpverleningsinstantie. Alleen in behoeften die worden geformuleerd in termen van de door die instantie gehanteerde indicaties, kan doorgaans worden voorzien (Gremmen & Kroon 1999).

Vanuit een interpretatieve benadering keer je ook hier het vragen stellen om en stel je dus vragen aan het zorgethisch perspectief. Kan zelfbinding passen in de vertrouwens- en samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener op voorwaarde dat de cliënt zelf een behoefte aan zelfbinding als vorm van zorg of hulp formuleert? Kan het bijdragen tot het vermijden van onnodige machtsongelijkheid, of tot het goed omgaan met onvermijdelijke machtsongelijkheid, wanneer cliënten zich zelf uitspreken over hun behoeften aan zorg en hulp? En wat houdt 'zelf' dan zorgethisch gezien in? Misschien moet het zorgethische denken over macht in hulpverleningsrelaties dus verder worden ontwikkeld, genuanceerd of aangescherpt. En in verband gebracht worden met de formulering, door cliënten, van behoeften aan zorg.

Conclusies uit de analyse

Het beschreven interviewmateriaal spreekt niet voor zichzelf. Ook al wil ik het 'op eigen termen' en in zijn context begrijpen, een dergelijk begrip is niet mogelijk zonder dat ik een perspectief hanteer, hoe open of weinig uitgewerkt dat eventueel ook is. Interpretatie, en dus het hanteren van een perspectief, is zo bezien niet alleen onvermijdelijk, maar ook noodzakelijk om het interviewmateriaal te begrijpen, op een van de vele manieren waarop het kan worden begrepen.

Een zorgethisch perspectief stelt mij in staat om het weergegeven interviewfragment op een relevante wijze nader te beschouwen. De overwegingen van de hulpverlener zijn op zinvolle wijze in zorgethische termen uit te drukken; ook de hulpverlener doet dat. De aandacht valt dan bijvoorbeeld op de relevantie van zorgethische begrippen als aandacht en vertrouwen, en op het problematische karakter van machtsongelijkheid in de relatie tussen cliënten en hulpverleners.

Vanuit een zorgethiek gezien zijn bij verschillende uitspraken van de geïnterviewde hulpverlener vragen te stellen, bijvoorbeeld over verantwoordelijkheid en machtsongelijkheid. Het interviewmateriaal verwerpen omdat het deze vragen niet onmiddellijk beantwoordt, of de hulpverlener ter verantwoording roepen over wat hij heeft verteld, is echter niet het eerste dat dan moet gebeuren. Dat zou mij als onderzoeker ontslaan van het streven te begrijpen wat de hulpverlener heeft gezegd en van de verplichting mijn interpretaties te verantwoorden (vgl. Gremmen & Davis 1998). Het zorgethisch perspectief zou buiten schot blijven. Sterker nog, het zou niet verder ontwikkeld kunnen worden aan de hand van het onderzoeksmateriaal.

Hier wordt dan ook de bijdrage van de interpretatieve benadering duidelijk. De essentie van de interpretatieve benadering bestaat erin aan de bevindingen uit de

analyse niet zozeer vragen te verbinden of een oordeel te koppelen over hetgeen de hulpverlener heeft gezegd, maar er vragen aan te verbinden over het zorgethisch perspectief. Het interviewfragment roept zo bezien vragen op die vanuit zorgethisch perspectief mogelijk verder doordacht moeten worden, zoals vragen over de risico's die verbonden zijn met confrontatie, en verdere vragen over macht, vertrouwen en de formulering van behoeften aan zorg. Het zorgethisch perspectief verwerpen omdat het deze vragen misschien niet bij voorbaat bevredigend beantwoordt, is omgekeerd niet het eerste dat dan moet gebeuren. Integendeel, het zorgethisch perspectief kan door het overdenken van deze vragen juist verder worden ontwikkeld.

Conclusie: Interpretatief onderzoek-vanuit-een-perspectief

Uit het bovenstaande blijkt dat interpretatief en zorgethisch onderzoek in de praktijk samen kunnen gaan door zowel het interviewmateriaal als het zorgethisch perspectief serieus te nemen en door ze met elkaar in wisselwerking te brengen (zie ook Widdershoven 1999, 2000b). Het verdient daarbij aanbeveling om het interviewmateriaal extra gewicht te geven. Respondenten hebben de meeste ervaringen rond het onderwerp. Bovendien levert eenzijdig aan het gehanteerde perspectief vasthouden te weinig begrip op van wat respondenten vertellen, om dat perspectief verder te kunnen ontwikkelen. Tegelijkertijd is het mogelijk noch wenselijk om zonder perspectief te werken. Het perspectief vormt een leidraad bij het verzamelen van het interviewmateriaal en biedt een weg door het interviewmateriaal bij de analyse ervan.

Een eerste conclusie uit het voorafgaande is mijns inziens dan ook dat interpretatief onderzoekers het door hen gehanteerde perspectief welbewust moeten inzetten bij de analyse van hun empirisch materiaal. Als het hanteren van een theoretisch en/of normatief perspectief vanaf het begin ook in interpretatief onderzoek gebeurt, en niet alleen onvermijdelijk maar ook noodzakelijk is, dan is het van belang dat perspectief te expliciteren en steeds na te gaan tot welk begrip het precies leidt.

Een tweede conclusie is dan dat onderzoekers die hun perspectief expliciteren en steeds signaleren en verantwoorden hoe het werkt, niet alleen hun onderzoeksmateriaal op een zorgvuldige manier kunnen interpreteren, maar bovendien duidelijk krijgen welke vragen er over hun perspectief gesteld kunnen worden vanuit het onderzoeksmateriaal. Aan de hand daarvan kunnen ze hun perspectief verder ontwikkelen.

Een derde conclusie is dan ook dat reflecteren op het gehanteerde perspectief een sleutelrol vervult. Dat stelt je als onderzoeker immers in staat te zien wat je ziet én die bevindingen ter discussie te stellen. Alleen daardoor kunnen onderzoekers op verantwoorde wijze duidelijk maken hoe zij hun perspectief handhaven, verwerpen of verder ontwikkelen aan de hand van hun onderzoeksmateriaal.

Bijlage: Interviewfragment

H = hulpverlener

I = interviewer

[?] = moeilijk te verstaan

[..] = gedeelte weggelaten

H: Ik ken [naam cliënt] eigenlijk alleen in perioden dat het hem redelijk goed gaat, dat hij goed aanspreekbaar is, dat er goed contact met hem is, dat ie zelf ook op zoek is naar een goeie samenwerking. (*I:* hhm) Dus, ik weet niet of het nódig is. Ik heb hem leren kennen als iemand die ook kritisch over zijn eigen functioneren nadenkt en ook aanvoelt en daar kan[?] hij[?] ook[?] met[?] zorg naar kijken wanneer het wat minder met hem gaat. Dan neemt ie ook zelf contact op en hij heeft intussen ook wat ervaring met het zelf wat meer medicijnen nemen of minder nemen, of de dagorde wat aanpassen enzovoort. Dus hij is zelf heel attent en zorgvuldig in het sturen van zijn psychiatrisch toestandsbeeld zou je kunnen zeggen. Ja, hoe het hem zal gaan als ie in een meer crisisachtige situatie terechtkomt, de grip op de dingen gaat verliezen, ik weet het eigenlijk niet. In het geval dat er zich ooit zoiets voor zou doen en hij zo verward is dat ie de samenwerking opzegt, of daar niks meer inziet, dan zou dat zinnig kunnen zijn denk ik. (*I:* hhm) Maar zo ken ik hem niet dus. (*I:* ja)

I: Nee, dat betekent dus dat zelfbinding alleen iets is voor mensen die in zo'n toestand terecht kunnen komen dat ze die samenwerking opzeggen?

H: Dat zou ik me voor kunnen stellen. Ik heb een tijd lang op een vervolgafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis gewerkt in [naam plaats] en daar [had] je mensen die nogal eens een keer werden heropgenomen onder een psychotische toestand enzovoort. Eh, waarbij het eigenlijk bekend is dat het een wisselend toestandsbeeld is, dus dat ze periodes hebben van een meer stabiele manier van functioneren afgewisseld met allerlei ellende waarin ze zichzelf soms in brachten door drugsgebruik of door in zeven sloten tegelijk te lopen, oftewel ook gewoon door een labiel evenwicht in terecht kwamen. En die mensen waren gewoon niet meer aanspreekbaar. (*I:* hhm) Dus dan denk je van tevoren van patiënten die je hebt van: dit kan voorkomen, en dan is het heel verstandig denk ik om in een moment dat iemand stabiel is en goed aanspreekbaar is om erover na te denken: wat gaan we doen op het moment dat het niet meer zo is, en daar een aantal dingen voor op papier te zetten. (*I:* sja) Op het moment dat het zich nooit voordoet en ... Ja ik ken [naam cliënt] twee jaar, tweeënhalf jaar, dat weet ik niet goed hoor, kan best zijn. Het heeft zich nooit voorgedaan, dus ik denk niet dat ik ... dat ik dat niet makkelijk zou doen met een patiënt bij wie je het puur preventief doet of zo. Ik zou het niet routinematig met iedereen doen geloof ik (*I:* sja) maar alleen als je aanvoelt dat het een probleem zou kunnen worden, of alleen als je uit ervaring weet dat het een probleem is. (*I:* ja) Bij [naam cliënt] weet ik niet. (*I:* ja, ja)

I: Wat zou u als ... Nou ik weet niet of dat het goede woord is, maar wat zou een bezwaar zijn om het bij wijze van spreken standaard bij iedereen te doen?

H: Uhm, Ja, is misschien overdreven fijngevoelig, maar ik heb de indruk dat eh ... Het feit dat je zoiets met iemand bespreekt, betekent ook dat je als, hoe moet ik dat zeggen, als hulpverlener het vermoeden uitspreekt dat het wel eens een keer weer mis zou kunnen gaan. (*I:* hhm) Sommige patiënten vatten dat op als een twijfel aan hun stabiliteit, en alsof dat dus ook zou moeten gaan gebeuren of zo, alsof het ... Het kan een gevoel van, ja hoe moet je dat zeggen, van hopeloosheid

geven of een idee van: ja god, het is nu nog niet aan de hand maar het zal gaan gebeuren. Als een soort self fulfilling prophecy moet het dan ooit eens een keer misgaan. (*I: hhm*) Dus je introduceert daarmee iets in het contact, ja, waarbij je van tevoren niet weet of dat ook wel ooit zich feitelijk voor zal doen. (*I: hhm*) Het gebeurt natuurlijk lang niet altijd dat het nodig is, want heel veel patiënten die blijven een goed contact bieden op het moment dat het slecht met hen gaat. En die blijven ook zelf op een gegeven moment zeggen: Goh, het gaat niet goed met mij, ik kan niet goed meer voor mezelf zorgen, er moet iemand anders het een beetje voor me overnemen. Kun je niet zorgen dat ik op de PAAZ terecht kan? Of zoiets dergelijks. (*I: ja*) Ja ik weet eerlijk ... Ik heb er niet zo over nagedacht ook, of het er ... Echt kwaad kan het natuurlijk niet, behalve dan dat het toch iets heeft voor mijn gevoel van eh ... dat je iemand misschien nodeloos eh, stigmatiseert is weer een groot woord, maar nodeloos de verwachting introduceert dat het misschien op termijn mis kan gaan, terwijl het misschien helemaal[?] nooit[?] mis gaat. Dus vandaar dat ik ... Ik zou het geloof ik alleen doen in situaties waarvan ik uit ervaring weet dat het aangewezen is (*I: ja*) [...] Ik zou het niet doen zonder dat er enige aanwijzing is dat het van toepassing kan zijn. (*I: ja*) Het heeft toch iets ingrijpends vind ik. (*I: hhm*) [stilte]

[... het gesprek komt op de overeenkomsten en verschillen tussen zelfbinding en een brandverzekering ...]

H: Dus er zijn sommige probleemvelden of spanningsvelden waarin zo'n constructie zinvol kan zijn. Maar bij sommige mensen doet zich dat middel[?] nooit voor, dus sommige mensen lopen in dat opzicht niet – osm in de vergelijking te blijven – niet het risico om brand te krijgen, denk ik. En die taxatie van: heb ik hier met iemand te maken die in brand kan raken of niet, daar hebben we het eigenlijk over. Ja, ik denk dat er... Mijn ervaring is dat er patiënten zijn die aan schizofrenie lijden enzovoort, die nooit in brand raken, die daar[mee] zelf zo'n manier van omgaan hebben, en met de behandeling zo'n manier van omgaan hebben, dat dat gewoon heel goed te doen is, daar gebeurt het ook nooit bij. Ja waarom zou je dan zoiets doen? Baat het niet dan schaadt het niet? Ik weet niet, ik weet niet, ik heb daar geen goed argument voor. Je zou ... Ja d'r zijn misschien argumenten om het gewoon standaard in een soort behandelprotocol of in een behandelplan op te nemen. We hebben hier op het dagcentrum bijvoorbeeld een soort screeningslijst aan de hand waarvan het behandelplan vorm krijgt, waarin het eerste aandachtspunt is: psychiatrisch toestandsbeeld, en waarin als een van de dingen staat: wat te doen in geval van crisis, als ik in crisis raak, wat is daar goed, waardoor merk ik dat ik in crisis raak. Nou ik denk dat het in elke behandeling zinnig is om daarover na te denken (*I: hhm*) vanaf het begin af aan. Maar als je nadenkend daarover [er] niet bij uitkomt dat het zo uit de hand kan lopen dat je in een crisis terecht komt waarin je dus gewoon geen hand meer wilt en waarin de brandweer niet meer mag komen, daar gaat het dan[?] over, [als] je daar niet bij uitkomt, dan denk ik dat je het ook achterwege moet laten. Als goeie samenwerking werkt dan moet je het daar bij houden, denk ik. (*I: hhm*) Dit heeft toch ... Je begint iets van het vertrouwen dat wij het samen wel zullen redden in de behandeling dat wordt een beetje op de tocht gezet, en je voegt iets aparts[?] [paar woorden onverstaanbaar]: als dat niet meer werkt dan heb ik een stok achter de deur waarmee ik je nog altijd kan helpen. Dan kom je een beetje in een machtsverhouding: dan kan ik iets aan jou gaan doen wat jij eigenlijk op dat moment niet meer wilt. Ja, ik vind dat je dat achterwege moet laten als je niet bij voorbaat weet dat het echt relevant is. (*I: ja*)

I: Ja, tenzij misschien, maar dat is dan weer een volgend onderwerp, iemand zelf dat vertrouwen niet zal hebben in zichzelf dat die brandweer zou mogen komen.

H: Ja, daar zou ik geen probleem mee hebben. Als iemand daar zelf van zou zeggen van: Ik twijfel daaraan, zou ik het een heel goed plan vinden om dat vast te leggen. En dan wil ik ook die verantwoordelijkheid overnemen. Daar gaat het voor een stuk om hè, dat ik verantwoordelijkheid die iemand voor zichzelf op dat moment niet meer kan nemen, dat ik dat even[?] van hem overneem. (*I:* ja) Als [naam cliënt] daarom zou vragen, zou ik dat zeker doen.

I: En dan zou de inschatting hoe groot de kans is dat dat zou gebeuren minder relevant worden?

H: Ja. Ik denk als het aan het gevoel van zekerheid, van vertrouwen van de patiënt iets kan toevoegen, dat ie weet dat: als ik het niet meer overzie en in de war dreig te raken en zo, dan is er iemand anders die het overneemt, en dat is iemand in wie ik het vertrouwen heb dat ie het goed met mij voor heeft en dat ie het goede zal regelen en zo, dan ben ik onmiddellijk bereid dat te doen. Ik denk dat het hoe het met de patiënt gaat dat ie daarvoor een aantal ankerpunten kan hebben. Dat kan een goed contact met de familie zijn, een goed sociaal systeem, met werk, met hobby's, weet ik veel wat. Een ankerpunt is ook het behandelcontact, en of ie dat dan haalt uit een besef van: ik heb een goeie samenwerking met mijn behandelaar, en als er iets is dan kan ik daarop terugvallen, en dan zal ie doen wat nodig is of wat ie kan doen, om te zorgen dat het goed met mij gaat, of dat het weer goed komt, als ie dat vertrouwen in de samenwerking heeft vind ik dat prima, dan heb ik niks anders nodig. Maar als ie zelf zich veiliger voelt bij de gedachte dat er zo'n zwart op wit papier ligt waarin die afspraken vastgelegd zijn is prima. Ja, ook als ik denk dat het nooit nodig is, maar dan is het er gewoon.

[...]

I: Dus ik zat een beetje te zoeken naar het ... nou ja over zorgethiek gesproken ... naar het relationele, volgens mij is dat een van de dingen waarom je ook aarzelt om zo'n dingen te regelen in een goeie relatie waarin ... Ja

H: Dat klopt, dat is ook zo. Het maakt een zekere ongelijkheid in de relatie waarbij ik uiteindelijk het meer voor het zeggen heb, zou je kunnen zeggen, dan dat de cliënt het heeft. En wanneer is er eigenlijk sprake van een crisis? Wie bepaalt dat het zodanig slecht gaat met de patiënt dat ik nu dat papertje uit de status haal en zeg: "Goh, we hebben iets afgesproken hierover, hè?" Als de cliënt zegt: "Ja maar flauwekul, het gaat goed met mij en zo, en ik blow wel en ik maak wel open haardvuur in mijn kamer en zo, maar daar is toch niks mis mee en zo, want ik kan zorgen dat dat vuur niet groot wordt, want ik heb een emmer water ernaast staan," weet ik veel. Hij kan ... We kunnen van mening verschillen over het feit dat dat papier nu van toepassing is of niet, en dan ben ik degene die bepaalt van: "Ja, maar ik vind nu de situatie zodanig dat we hier naar teruggaan." Dat heeft toch iets van ongelijkheid. (*I:* hhm) En het andere waar je het over hebt van dat als ie erom vraagt ... Voor zo'n patiënt is het denk ik een soort van verzekering van het zwart op wit nog eens een keer van: ze zullen me niet in de steek laten op het moment dat het nodig is. Ik denk dat dat altijd een spanning[?] is die in de samenwerking zit van: ik wil aan de ene kant niet een patiënt dominant gaan voorschrijven van wat die heeft te doen, en aan de andere kant zal de patiënt niet in de steek gelaten worden op het moment dat hij behoefte heeft aan hulp. (*I:* hhm) Je kunt het van beide kanten uit gebruiken. (*I:* hhm) En ook[?] als een patiënt dat ziet als een garantie van: ik zal niet in de steek gelaten worden, vind ik dat prima als ie daar behoefte aan heeft. (*I:* hhm) Ja, goed. (*I:* ja) [stilte]

Noten

Ine Gremmen is sociaal-psychologe en werkzaam als post-doc onderzoeker bij de Universiteit Utrecht. Zij promoveerde in 1995 op een studie naar de morele overwegingen van gezinsverzorgenden over hun dagelijkse werk, en deed een vervolgstudie onder wijkverpleegkundigen. Daarnaast publiceerde zij over het gebruik in vrouwenstudies van sociaal-wetenschappelijke theorieën over macht (samen met Jette Westerbeek van Eerten) en over methodologische onderwerpen (ook samen met Kathy Davis).

Adres: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Capaciteitsgroep Communicatie, Zorg en Welzijn, Postbus 80.140, 3508 TC Utrecht. E-mail: I.Gremmen@fss.uu.nl

Bovenstaand artikel is een uitwerking van een presentatie voor het NWO-Symposium Ethiek en Beleid in november 2000. Met dank aan Stephan Cremer, Theo Gerrits, Jeannette Pols, Selma Sevenhuijsen, Katie-Lee Weille, Guy Widdershoven, Nicolle Zeegers, en de werkgroep 'Ethiek en empirisch onderzoek' (Universiteit Maastricht) voor hun commentaar op eerdere versies.

- 1 Deze vraagstelling komt in eerste instantie voort uit mijn werkzaamheden op het gebied van interpretatief en feministisch sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Ze heeft echter raakvlakken met de discussie over ethiek en empirie zoals recent gevoerd in *Kennis & Methode* (1999/2, 1999/3) en *Kwalon* (2000/3, 2001/1).
- 2 Het project wordt in het kader van het stimuleringsprogramma Ethiek & Beleid gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).
- 3 De discussie over zelfbinding is met name op gang gekomen door het werk van Berghmans (1992, 1994) en een rapport over zelfbinding van de cliëntenorganisatie Stichting Pandora (1996). Op beleidsniveau kreeg het debat een impuls door de eerste evaluatie van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Evaluatiecommissie Wet BOPZ 1996), een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1997), de daarbij behorende achtergrondnota (Berghmans 1997), en het kabinetsstandpunt naar aanleiding van deze documenten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie 1997). In 2001 is een concept-wetsvoorstel over zelfbinding ter commentariëring voorgelegd aan betrokken organisaties in het veld. Het concept heeft betrekking op opname en/of behandeling in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn informelere vormen van zelfbinding denkbaar, bijvoorbeeld wanneer een cliënt toestemming geeft aan een familielid om bij bepaalde signalen van dreigende crisis de professionele hulpverlening in te schakelen, ook als de cliënt het daar op dat latere moment niet meer mee eens zal zijn.
- 4 Andere aanzetten tot een dergelijke benadering zijn te vinden bij Berghmans (1997) en Berghmans en Widdershoven (2000).
- 5 Zorgethiek is een perspectief in ontwikkeling. Aan de ontwikkeling ervan wordt in Nederland onder anderen bijgedragen door Manschot (Manschot & Verkerk 1994), Sevenhuijsen (1996), Verkerk (1997) en Widdershoven (2000a). Zoals gehanteerd in het project *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'* heeft het zorgethisch perspectief kentheoretische, methodologische en theoretische implicaties.
- 6 Een eerste tentatieve uitwerking van een zorgethisch perspectief op zelfbinding is in het kader van het project *Autonomie en zorg in de psychiatrie, zelfbinding als 'special case'* uitgebreider geformuleerd in het (ter publicatie ingediende) artikel 'Care and Autonomy in Discussions on Patient Rights: a Dutch Case Study' (Sevenhuijsen, Widdershoven en Gremmen).

- 7 Voor het project hebben in totaal 65 interviews plaatsgevonden met direct/concreet betrokkenen: cliënten, familie/vrienden/partner van cliënten, hulpverleners, en anderen (met name uit de sfeer van het beleid en het recht). Indien een cliënt daarvoor toestemming gaf, werden familieleden/vrienden/partner en hulpverleners die bij de cliënt betrokken waren voor een interview benaderd. Voor 15 van de in totaal 18 geïnterviewde cliënten geldt dat aldus interviews met een of meer andere betrokkenen tot stand gekomen zijn. De interviews zijn opgezet aan de hand van een lijst met thema's waarover respondenten gevraagd is om, zoveel mogelijk aan de hand van hun ervaringen, hun overwegingen te geven. Voorbeelden van thema's zijn de invulling/definiëring van zelfbinding; de eventuele grondslag, doelen, voorwaarden, bezwaren, problemen van zelfbinding; de eventuele inhoud en vorm van zelfbinding; de mogelijke rol van verschillende betrokken personen bij het eventueel opstellen, bijstellen, uitvoeren, evalueren van een zelfbindingsregeling; mogelijke alternatieven voor zelfbinding; juridische aspecten. In de interviews gaat het in zekere zin om hypothetische situaties, waaromtrent mensen echter wel relevante ervaringen en daarmee verbonden overwegingen kunnen hebben. Die staan in de interviews zoveel mogelijk centraal.
- 8 Of uit de analyse van het interviewfragment breed relevante vragen en kwesties naar voren komen voor het onderzoek als geheel, zal in de loop van het project blijken. Deze vraag is niet de centrale vraag van dit artikel. Het gaat er nu om te illustreren hoe een interpretatieve benadering en het hanteren van een (in dit geval zorgethisch) perspectief samen kunnen gaan in de analyse van onderzoeksmateriaal.

Literatuur

- Addelson, K.
1991 *Impure thoughts. Essays on philosophy, feminism and ethics*. Philadelphia: Temple University Press.
- Berghmans, R.
1992 *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis publishers.
1994 Zelfbinding in de psychiatrie. Ethische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36(9): 625-38.
1997 *Beter (z)onder dwang? Achtergrondnota* (bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). Zoetermeer: RVZ.
- Berghmans, R. & G. Widdershoven
2000 Zelfbinding in de geestelijke gezondheidszorg. In: J. Graste & D. Bauduin (red.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, pp. 173-85.
- Bowles, G. & R.D. Klein
1983 *Theories of women's studies*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Code, L.
1991 *What can she know? Feminist theory and the construction of knowledge*. Ithaca/Londen: Cornell University Press.
1995 *Rethorical spaces. Essays on gendered location*. New York/Londen: Routledge.
- Davis, K. & I. Gremmen
1998 In search of heroines. Some reflections on normativity in feminist research. *Feminism & Psychology* 8(2): 133-53.

- Denzin, N.
1989 *Interpretive biography*. Londen: Sage.
- Evaluatiecommissie Wet BOPZ
1996 *Evaluatie Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Tussen invoering en praktijk*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Finch, J. & J. Mason
1990 Decision taking in the fieldwork process. *Studies in Qualitative Methodology* 2: 25-50.
- Fraser, N.
1989 *Unruly practices. Power, discourse and gender in contemporary social theory*. Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Geertz, C.
1973 Thick description: Towards an interpretive theory of culture. In: C. Geertz, *The interpretation of cultures. Selected essays*. New York: Basic Books, pp. 3-30.
- Glaser, B. & A. Strauss
1967 *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gremmen, I.
1999 Visiting nurses' situated ethics: Beyond care versus justice. *Nursing Ethics* 6(6): 515-27.
- Gremmen, I. & H. Kroon
1999 Rechtenethiek en zorgethiek: Living apart together in de beroepsethiek van de verzorging. *Sociale Interventie* 8(2): 47-55.
- Manschot, H. & M. Verkerk (red.)
1994 *Ethiek van de zorg. Een discussie*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie
1997 *Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet BOPZ*. Rijswijk: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie.
- Nicolai, N.
1994 Autonomie en zorg. In: J. van Mens-Verhulst & L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: abydon-De Geus, pp. 74-91.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)
1997 *Beter (z)onder dwang? Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.
- Reinharz, S.
1992 *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press.
- Roberts, H. (red.)
1981 *Doing feminist research*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Sevenhuijsen, S.
1996 *Oordelen met zorg. Feministische essays over recht, moraal en politiek*. Amsterdam: Boom.
- Schwartz, H. & J. Jacobs
1979 *Qualitative sociology. A method to the madness*. New York: Free Press.
- Shrage, L.
1994 *Moral dilemmas of feminism*. New York: Routledge.

- Stanley, L. (red.)
 1990 *Feminist praxis: Research, theory and epistemology in feminist sociology*. Londen: Routledge.
- Stanley, L. & S. Wise
 1993 *Breaking out again. Feminist ontology and epistemology*. Londen/New York: Routledge.
- Stichting Pandora
 1996 *Zelfbinding in de psychiatrie. Interimrapport van de werkgroep Zelfbinding in de psychiatrie*. Amsterdam: Stichting Pandora. [Eindrapport: 1998]
- Strauss, A. & J. Corbin
 1990 *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park/Londen/New Delhi: Sage.
- Tronto, J.
 1993 *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York/Londen: Routledge.
- Verkerk, M. (red.)
 1997 *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Walker, M.U.
 1989 Moral understandings: Alternative "epistemology" for a feminist ethics. *Hypatia: A Journal for Feminist Philosophy* 4(2): 15-28.
 1998 *Moral understandings. A feminist study in ethics*. New York/Londen: Routledge.
- Widdershoven, G.
 1999 Ethiek en empirisch onderzoek. Een pleidooi voor interpretatie en contextualiteit. *Kennis & Methode* 23(2): 145-54.
 2000a *Ethiek in de kliniek*. Amsterdam: Boom.
 2000b Empirische ethiek en kwalitatief onderzoek. *Kwalon* 5 (3): 4-8.
- Zeegers, N.
 1999 *Dwang en vrijwilligheid in heteroseksuele relaties. De politieke strijd over verkrachting in het strafrecht 1975-1995*. Amsterdam: Thela Thesis.