

Je mag bang zijn

Is er voldoende ruimte voor de kwetsbare kant van zorgprofessionals?

In de context van psychische kwetsbaarheid onder zorgprofessionals en de schaamte en stigmatisering die daarin een rol spelen, heb ik mezelf in dit artikel de vraag gesteld in hoeverre er ruimte is voor mij als zorgprofessional om mijn psychische kwetsbaarheid te tonen. Tijdens het schrijven van dit artikel is mijn oog gevallen op de professionele standaarden van zorgprofessionals en met name op de discrepantie tussen de dominante waarden in de professionele standaarden en mijn eigen ervaren praktijk.

Om dit verder te onderzoeken heb ik aan de hand van mijn ervaringen gereflecteerd op (psychische) kwetsbaarheid en de professionele standaarden van de zorgprofessional. Aan de hand van zorgethische perspectieven op kwetsbaarheid kom ik vervolgens tot een mogelijke aanvulling op deze standaarden.

“Ik heb mezelf altijd gepresenteerd als een professional met een hands-on-mentaliteit, sterk, flexibel en weerbaar. Dat angst- en dwangklachten ook deel van mij zijn, weten alleen familieleden en vrienden. Zolang niemand het merkt en ik goed functioneer hoef ik niets te vertellen, was mijn motto. Dit heb ik ook jaren kunnen waarmaken, totdat het mis ging. Werkdruk, incidenten, veranderingen binnen de organisatie: het werd me teveel. De overtuiging heerste dat een professional altijd goed behoort te functioneren en vooral binnen de professie niet kwetsbaar kan zijn, om de kwaliteit van de zorg te blijven waarborgen. Het begon te knagen. Ikzelf was mijn grootste morele opgave geworden. De stap om hier eerlijk voor uit te komen was te groot en de overtuiging dat ik als professional niet kwetsbaar behoor te zijn te sterk.”

Als kind kon ik, zoals iedereen wel eens is, bang zijn, maar rond mijn puberteit, na een vervelende tijd, begonnen angst- en dwangklachten mijn dagelijks functioneren te belemmeren en ondervond ik er hinder van. Een diagnose en therapie volgden en stap voor stap zijn de klachten naar de achtergrond verdwenen. Toch blijft het een bepaalde gevoeligheid die ik bij



MILOTTE HAMER

Social Worker

Aspirant docent sociaal werk

Alumna Zorgethiek en Beleid (Universiteit voor Humanistiek)

E-mail: milottehamer@gmail.com

me draag, die in moeilijke tijden naar boven komt en aandacht vraagt. Bijvoorbeeld als ik overmatig stress ervaar op mijn werk en daardoor ook weer oude denken gedragspatronen herken. De ruimte en openheid die ik in mijn privéleven voor mijn psychische kwetsbaarheid ervaar helpt mij om er op moeilijke momenten beter mee om te kunnen gaan, zodat het me niet meer hoeft te belemmeren in mijn dagelijks leven. Sterker nog, het veroordelen en weg willen stoppen werkt zelfs averechts. Ik leer het langzaam te omarmen, te zien als deel van mij.

Als social worker lukt het me echter nog niet om open te zijn en maakt mijn psychische kwetsbaarheid me juist onzeker: kan ik wel een zorgprofessional zijn als ik psychisch kwetsbaar ben? Voldoe ik dan nog wel aan de competenties en beroepscode? Word ik nog wel serieus genomen als zorgprofessional als ik er open over ga zijn?

Psychische kwetsbaarheid als onwaarde

Stigmatisering

“Aan het eind van mijn dienst moest ik van mezelf soms meermaals controleren of de gasfornuizen op de groep wel goed dicht waren gedraaid, of collega's van de nachtdienst bellen om zeker te weten of ik niet iets vergeten was. Gepieker en paniek om eventuele fouten die ik had gemaakt: deze angstige momenten hield ik liever voor mezelf. Totdat mijn leidinggevende destijds in een gesprek aangaf te merken dat ik niet optimaal functioneerde. Het voelde alsof ik door de mand was gevallen.”

Stigmatisering, waaronder zelfstigmatisering (het internaliseren van negatieve oordelen over psychische kwetsbaarheid) en structurele stigmatisering (bijvoor-

Zorgprofessionals (social workers) krijgen bovengemiddeld te maken met ervaringen van stress en burn-out klachten op de werkvloer

beeld vanuit cultuur en wet- en regelgeving) heeft een grote impact op mensen met een psychische kwetsbaarheid (Kienhorst e.a., 2014, 9-10). Stigmatisering van psychische kwetsbaarheid kan voor mensen die hiermee te maken hebben leiden tot onder andere stress, sociaal isolement, vermindering van zelfrespect (Thornicroft, in Kienhorst e.a., 2014, 10) en discriminatie op de werkvloer (Brouwers e.a., 2016). Zo blijkt uit onderzoek over 35 landen, waaronder Nederland, dat de meerderheid van de respondenten die lijden aan depressies op basis van hun psychische kwetsbaarheid worden gediscrimineerd op het werk (idem, 2016). Zelfstigmatisering en structurele stigmatisering blijken factoren te zijn voor mensen om geen hulp te zoeken voor hun psychische problematiek (Corrigan, 2014, 616-618). Ook binnen zorgorganisaties bestaat er stigmatisering van psychische kwetsbaarheid. Uit onderzoek van Hassan, Ahmed, White & Galbraith (2009, 329) blijkt dat stigmatisering van invloed zou zijn op besluitvorming van dokters als het gaat om het zelf uitkomen voor een psychische kwetsbaarheid. In ander onderzoek geven dokters aan dat uitkomen voor een psychische kwetsbaarheid binnen hun professie hen zwak zou doen lijken en dat dit niet past bij het beeld van een arts die, in tegenstelling tot patiënten, niet 'ziek' behoort te zijn (Bianchi, Bhattacharyya, & Meakin, 2016, 5). Zorgprofessionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg blijken evenveel negatieve stereotypingen te hebben over mensen die psychisch lijden als niet-zorgprofessionals in de samenleving (Nordt, Rossler, & Lauber, 2005, 711-713).

"Persoonlijk was ik soms wel eens jaloers op vrienden of familie die niet in de zorg werkzaam zijn, waarbij ik natuurlijk niet wil afdoen aan hun professie en verantwoordelijkheden, maar ergens lijkt het dragen van een verantwoordelijkheid voor de zorg van een medemens mij wel extra zwaar te vallen."

Stress en burn-out klachten onder zorgprofessionals
Naast de stigmatisering van psychische kwetsbaarheid lijken zorgprofessionals in het bijzonder eerder kwetsbaar te zijn voor burn-out en stressklachten op de werkvloer (Schaufeli et al., 2019). Social workers

lijken, zo blijkt uit onderzoek, meer stress en burn-out klachten te ervaren tijdens hun werk dan vergelijkbare beroepsgroepen (Lloyd et al., 2002), terwijl deze vergelijkbare beroepsgroepen, te denken aan artsen, al bovengemiddeld kampen met stress en burn-out klachten (Schaufeli et al., 2019). Stress en burn-out klachten bij social workers worden onder meer veroorzaakt door de aard van het werk zelf, maar bijvoorbeeld ook door de ervaren spanningen tussen enerzijds de werkmoraal en anderzijds de eisen vanuit de werkomgeving (Lloyd et al., 2002). Wellicht is ook mijn ervaren last niet heel verrassend gezien de verantwoordelijkheid die zorgprofessionals dragen voor mensen die zich veelal (al dan niet tijdelijk) in een kwetsbare positie bevinden en afhankelijk zijn van zorg. Omdat zorgprofessionals in hun dagelijkse werk veel intensieve ontmoetingen hebben met zorgvragers, zijn ze al eerder kwetsbaar voor stress en burn-out klachten (Ben-Zur & Michael, 2007, 64).

Eenzijds zou er dus een gebrek te bespeuren zijn aan ruimte voor psychische kwetsbaarheid onder zorgprofessionals, gezien de stigmatisering van psychische kwetsbaarheid en het beeld van de onoverwinnelijke professional. Anderzijds krijgen zorgprofessionals (social workers) bovengemiddeld te maken met ervaringen van stress en burn-out klachten op de werkvloer. Vanuit mijn eigen situatie bezien zou ik voorzichtig kunnen concluderen dat ik, naast mijn eigen psychische kwetsbaarheid, mij als zorgprofessional ook in een precare positie bevindt.

Professionele verantwoordelijkheid

Van Dartel en De Witte stellen dat professionaliteit in de zorg inderdaad een andere invulling kent dan professionaliteit verbonden aan andere vakgebieden. Professionele verantwoordelijkheid in de zorg krijgt namelijk pas echt betekenis in de praktijk, in relatie met de zorgontvanger. Er is daarmee sprake van een individuele professionalisering. De zorgprofessional dient de zorg die hij geeft in elke particuliere situatie opnieuw af te stemmen op de behoeften van de zorgontvanger en zijn omgeving. Deze verantwoordelijkheid kan gezien worden als een voortdurende morele opgave, waarin de zorgprofessional zowel normatief als reflectief in elke situatie opnieuw bezig is met de vraag wat goede zorg is (Van Dartel en De Witte, 2014, 42-44).

Professionele standaarden

De zorgprofessional dient zich daarbij verantwoordelijk te bewegen vanuit en tussen meerdere dimensies (de organisatie, de beroepsgroep en vanuit individuele normen en waarden) om in elke situatie opnieuw de

juiste zorg te bieden. De professionele standaarden, die voortkomen uit de dimensie van de organisatie en de beroepsgroep, spelen een belangrijke rol in het ondersteunen van de zorgprofessional in deze voortdurende morele opgave om ethisch te reflecteren en dus het juiste te doen in de praktijk (Van Dartel en De Witte, 2014, 43-48).

Het handelingskader van professionele standaarden bestaat over het algemeen uit vakinhoudelijke richtlijnen en beroepsethische normen, voornamelijk vastgelegd in beroepscode en protocollen, wetten en kwaliteitsstandaarden. Beroepscode worden ook wel gezien als de normen en waarden van een beroepsgroep (CGMV-vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' & V&VN, 2015; BPSW, BVjong, CNV & FNV Zorg en Welzijn, 2018; KNMG, 2020). De standaarden ondersteunen en geven richting aan het organiseren en praktiseren van zorg. Daarnaast helpen professionele standaarden om het handelen van zorgprofessionals te verantwoorden. Het reflecteren op professionele standaarden is daarbij van groot belang en wordt zelfs gezien als een verplichting voor de zorgprofessional (Van Dartel en De Witte, 2014, 48). Het gevaar van professionele standaarden is namelijk dat ze 'blind' gevolgd worden, zonder daarbij de individuele professionaliteit in dezelfde mate mee te laten wegen. Dit kan leiden tot zorg die niet goed is afgestemd op de particuliere situatie en tot het ontstaan van discrepanties tussen enerzijds de beelden en idealen voortkomend uit de professionele standaarden en anderzijds de daadwerkelijke ervaren praktijk (Van Dartel en De Witte, 2014, 47-49).

Professionele standaarden en kwetsbaarheid

De mens die ook overvallen kan worden

Opvallend is dat er in professionele standaarden zoals richtlijnen, beroepscode en gedragsregels nauwelijks wordt geschreven over (mogelijke) kwetsbaarheid van de zorgprofessional, zo blijkt uit het bestuderen van de richtlijnen van jeugdhulp en jeugdbescherming (BPSW, NIP & NVO, z.d.), richtlijnen van de geestelijke gezondheidszorg (Trimbos-instituut, z.d.) en beroepscode, zoals die van de social worker (BPSW, BVjong, CNV & FNV Zorg en Welzijn, 2018), maatschappelijk werker (BSPW, 2010) en de gedragsregels van de basisarts (KNMG, 2013). In de beroepscode van verzorgende en verpleegkundige wordt er wel geschreven over zelfzorg: "Als verpleegkundige/verzorgende zorg ik goed voor mezelf en let ik op mijn sociaal, geestelijk en lichamelijk welzijn" (CGMV-vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg

& Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' & V&VN, 2015, 8).

"Persoonlijk krijg ik bij de beroepscode: "De professional zorgt goed voor zichzelf door te letten op zijn of haar sociale, lichamelijk en psychische welbevinden" niet het gevoel dat mijn psychische kwetsbaarheid er mag zijn, maar dat ik juist zelf moet zorgen dat ik psychisch in een staat van welzijn verkeer. In plaats van open te zijn over mijn eigen psychische kwetsbaarheid in mijn rol als professional zou mij eerder een gevoel van persoonlijk falen beklijven."

Naast het ontbreken van het thema kwetsbaarheid gaan de ethische en praktische normen en codes die beschreven zijn in verschillende handelingskaders enkel over de actieve modus van de professional, waarin de zorgprofessional autonoom en gecontroleerd handelt: het uitoefenen, bevorderen, erkennen, doelmatig functioneren, de verantwoordelijkheid nemen en het inzetten van ervaringsdeskundigheid. Ook binnen de thema's vitaliteit in het werk en zelfzorg wordt er van de zorgprofessional verwacht om actief en in-control te zijn. Dit roept bij mij de verwachting op dat een mogelijke kwetsbaarheid niet ervaren mag worden maar juist opgelost dient te worden. Persoonlijk ervaar ik als zorgprofessional tijdens mijn werk lang niet altijd deze actieve en in-control modus, en zijn er, wat betreft zelfzorg, ook momenten die gepaard gaan met emoties, twijfels, het niet-weten en soms het nietsdoen. Hier lijkt dus een ervaren discrepantie te bestaan tussen enerzijds mijn persoonlijke ervaringen en anderzijds de professionele standaarden.

Als zorgprofessional ervaar ik tijdens mijn werk dat er, wat betreft zelfzorg, ook momenten zijn die gepaard gaan met emoties, twijfels, het niet-weten en soms het nietsdoen

Deze eenzijdige focus op de actieve modus is een herkenbaar gegeven binnen de ethiek. Vosman (de in 2020 overleden emeritus-hoogleraar zorgethiek) stelde dat de meeste ethische theorieën gericht zijn op de actieve kant van ervaringen en de actieve modus van de mens. De meer lijdelijke (passieve) kant daarentegen, de lichamelijke gewaarwordingen, het ondergaan

of het overkomen van ervaringen, wordt onderbelicht en veelal niet meegenomen in ethische reflecties. Deze lijdende kant, bijvoorbeeld het ervaren van angstgevoelens of het overvallen worden door paniek, wordt ondergesneeuwd door de taal van ethische theorieën waarvan de basisprincipes uitgaan van de mens als rationeel, autonoom handelend wezen, in staat om vrije keuzes te maken (Vosman, 2017, 72). Zodoende ontstaat er in ethische reflectie, of in dit geval in handelingskaders, een versimpeling en reductie van wat zich in de geleefde praktijk daadwerkelijk afspeelt (2017, 69-70).

Morele sensitiviteit naar jezelf en collega's aan de hand van hermeneutische welwillendheid naar kwetsbaarheid zou als ethische competentie opgenomen kunnen worden in handelingskaders van zorgprofessionals

De mens die niet altijd alles onder controle heeft

“Uit angst om niet meer de juiste zorg te kunnen bieden of wellicht als zorgprofessional afgewezen te worden heb ik niet verteld wat er speelde en ben stilletjes vertrokken. Het was mijn eigen probleem, ik ben degene met een psychische kwetsbaarheid en ik moest het zelf maar zien op te lossen.”

Het geschetste beeld van de zorgprofessional in de handelingskaders lijkt daarmee in mijn ogen te verwijzen naar een maakbare, autonome mens en, in dit geval, zorgprofessional. Volgens Tronto, hoogleraar politieke filosofie, wordt de mens vanuit neoliberale politieke denkwijzen steeds meer benaderd vanuit dit mensbeeld: als een wezen dat vanuit controle en zelfbeheersing zijn leven kan vormgeven. De verwachting van de mens als enkel rationeel en autonoom wezen wijst Tronto af, omdat juist dit mensbeeld in de weg kan staan om zorg in de samenleving op een juiste manier te organiseren. Zo wordt kwetsbaarheid vanuit het idee van de autonome mens bijvoorbeeld sneller opgevat als een individueel falen (Tronto, 2017, 27-30). Baart, onder meer geestelijk vader van de presentietheorie, geeft ook aan dat kwetsbaarheid in toonaangevende beleidsstukken over het organiseren van zorg vooral wordt gezien als een onwaarde (Baart & Carbo,

2013, 25). Iets dat verholpen moet worden, bestreden wellicht zelfs, met eigen kracht, zelfredzaamheid of eigen regie (idem, 40). Wellicht kan er heel voorzichtig verondersteld worden dat deze koers ook invloed heeft op de zorgprofessional.

Volgens Tronto is de mens niet enkel een rationeel en autonoom wezen, maar ook een relationeel wezen. We staan als mens in verbinding met de ander en onze omgeving en leven in een voortdurende onderlinge afhankelijkheid. Vanaf het moment dat je geboren wordt is er bijvoorbeeld al sprake van een afhankelijkheid van zorg. Het menselijk leven is daarbij fragiel en lang niet altijd volledig te controleren: iedereen is kwetsbaar geweest of kan geconfronteerd gaan worden met kwetsbaarheid, ook zorgprofessionals. De erkenning van de kwetsbare kant als deel van de mens kan volgens Tronto bijdragen aan het behouden en verder ontwikkelen van een humane samenleving, waarin het zorgen voor elkaar (nog meer) op waarde wordt geschat (Tronto, 2017). Wellicht zou de weg naar openheid over mijn psychische kwetsbaarheid voor mij als zorgprofessional ook makkelijker te bewandelen zijn op het moment dat de mens meer als vanzelfsprekend benaderd wordt als een kwetsbaar wezen.

Een nieuwe (zorg)ethische competentie

“Ik weet nog dat ik tijdens mijn therapie leerde om mijn kwetsbaarheid voorzichtig toe te laten in plaats van het weg te stoppen of op te lossen. De oefening in het creëren van openheid voor deze kant van mezelf zorgt ervoor dat ik op momenten de angst, zelftwijfel en onzekerheid kan toelaten en een weg vind om ermee om te gaan.”

Door psychische kwetsbaarheid op een andere manier te belichten kan het, zoals Tronto stelt, meer gezien gaan worden als een vanzelfsprekend onderdeel van ons menszijn. Dit zou vervolgens ook helpen in het erkennen van de kwetsbare kant van zorgprofessionals. Waar ik op psychologisch niveau probeer om mijn kwetsbaarheid de ruimte te geven, vind ik gelijkenissen met de theorie van Baart, die spreekt over de herwaardering van kwetsbaarheid op een meer sociaal-politiek niveau. Het herwaarderen van kwetsbaarheid kan volgens Baart in gang gezet worden door een zogenaamde hermeneutische welwillendheid.

Hij doelt hier op het niet gelijk oplossen of verhelpen van de kwetsbaarheid als een onwaarde, maar het juist te verwelkomen en het te leren kennen. Door de betekenis van de kwetsbaarheid te verkennen kan er een betere afstemming op eventuele zorgbehoeften plaatsvinden (Baart & Carbo, 2013, 46).

Deze hermeneutische welwillendheid is afgeleid van de hermeneutiek, een filosofische stroming die gaat over het interpreteren van teksten, gebeurtenissen en ervaringen. Gadamer (in Van der Scheer, 2014, 157) is onder meer bekend van het verbinden van de hermeneutiek aan de ethiek. In de hermeneutische benadering wordt in een dialoog gereflecteerd op een morele opgave: een ervaring bezien vanuit een specifieke context. Door het onderzoeken van verschillende interpretaties en vooronderstellingen kan de bestaande moraal eventueel worden bijgesteld (Van der Scheer, 2014, 156-160).

Het verkennen van kwetsbaarheid door een hermeneutische welwillendheid zou goed aansluiten bij de competentie morele sensitiviteit (uit de competentielijst voor verpleegkundigen): “Het tonen van een voortdurende gevoeligheid vanuit compassie voor de wensen en noden en daarbij horende emoties van de zorgvrager en het daarop reageren met passen en persoonsgericht gedrag waarin de zorgvrager zich gehoord en begrepen voelt” (NFU, Radboudumc, z.d.,5).

De morele sensitiviteit zou in dit geval echter niet enkel gericht zijn op de zorgvrager, maar juist ook op de zorgprofessional zelf. Morele sensitiviteit naar jezelf en collega's aan de hand van hermeneutische welwillendheid naar kwetsbaarheid zou als ethische competentie opgenomen kunnen worden in handelingskaders van zorgprofessionals, met als doel om vanuit professionele standaarden ruimte te maken voor ervaringen van (psychische) kwetsbaarheid bij zorgprofessionals. Deze ethische competentie zou betrekking hebben op het leren kijken naar eigen ervaringen, overtuigingen en vooronderstellingen omtrent de eigen (psychische) kwetsbaarheid. Het toevoegen van deze (zorg)ethische competentie aan opleidingscurricula en beroepscode's kan er wellicht voor zorgen dat de stigmatisering van psychische kwetsbaarheid afneemt en er meer acceptatie van kwetsbaarheid plaatsvindt. Op den duur maakt het wellicht ruimte binnen de professionele standaarden voor de meer lijdelijke (passieve) ervaringen van de zorgprofessional en kan het een beweging in gang zetten waarin zorgprofessionals makkelijker open kunnen zijn over deze ervaringen.

Het ontwikkelen van een nieuwe ethische competentie voor zorgprofessionals en deze integreren binnen handelingskaders van verschillende beroepsgroepen zal waarschijnlijk veel tijd in beslag nemen en voorziet mijn morele opgave daarmee niet van een directe oplossing. Wellicht is het ook mogelijk om deze competentie te introduceren binnen zorgorganisaties. Bijvoorbeeld als moreel beraad, in de vorm van een hermeneutisch gesprek. Zorgprofessionals die de stap om open te zijn over hun eigen psychische kwets-

baarheid al hebben durven zetten zouden hierin het voortouw kunnen nemen.

“(Psychisch) kwetsbaar zijn kan je overkomen en vervolgens eenmaal bij het leven horen, ook als zorgprofessional. Dat is niet leuk, maar wel oké: je mag bang zijn.”

Meer ruimte voor kwetsbaarheid vanuit de professionele standaarden kan zorgprofessionals met een psychische kwetsbaarheid helpen om hier meer open over te zijn

Van onwaarde naar meerwaarde

Psycholoog Koek-Michels worstelde met vergelijkbare vragen en in een blog schrijft ze dat ze lang alleen heeft rondgelopen met deze twijfels, uit angst voor stigmatisering en devaluatie. Uiteindelijk heeft ze ervoor gekozen haar psychische kwetsbaarheid en eigen ervaringen te delen met collega's. Dit heeft gezorgd voor een positief verdiepend contact met collega's. Ook in contact met cliënten merkt Koek-Michels dat het inzetten van haar eigen ervaringen zorgt voor minder stigmatisering en een voor cliënten voelbaar gelijkwaardiger contact (Koek-Michels, 2016). Kloet, psychiater, beaamt dit. Hij ondervindt in de praktijk dat zelfonthulling een meerwaarde kan zijn voor de cliënt, door de meer authentieke verbinding die ontstaat in de relatie en door cliënten die aangeven dat ze zich door de zelfonthulling meer gezien voelen (Kloet, 2018).

De aanzet tot het maken van meer ruimte voor kwetsbaarheid vanuit de professionele standaarden kan zorgprofessionals met een psychische kwetsbaarheid helpen om hier meer open over te zijn en ondersteuning te krijgen waar nodig. Daarbij kan, zo blijkt uit bovenstaande praktijken, op het moment dat kwetsbaarheid niet enkel meer als onwaarde wordt gezien, de meerwaarde ervan oplichten. Openheid brengt dan niet alleen verlichting voor zorgprofessionals, het kan ook van meerwaarde zijn in zorgpraktijken zelf.

Literatuur

- Baart A, & Carbo C. De Zorgval. Analyse, kritiek en uitzicht. Amsterdam: Uitgeverij Thoeris, 2013.
- Ben-Zur H & Michael K. Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses. *Social Work in Health Care* 2007; 45 (4): 64-82.
- Bianchi EF, Bhattacharyya MR & Meakin R. Exploring senior doctors' beliefs and attitudes regarding mental illness within the

medical profession: a qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6(9): e012598.

Brouwers EPM, Mathijssen J, Bortel T van, Knifton L, Wahlbeck K, Audenhove C van & Weeghel J van. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* 2016; 6(2): e009961.

Bpsw.nl website. <https://www.bpsw.nl/dossiers/vakinhoudelijke-richtingwijzers-voor-jeugd-en-gezinsprofessionals/de-professionele-standaard-toegelicht/>, geraadpleegd op 4 april 2020.

Bpsw.nl website. <https://www.bpsw.nl/professionals/maatschappelijk-werkers/beroeps-code/>, geraadpleegd op 27 maart 2020.

Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist* 2004; 59 (7): 614-625.

Dartel H van & Witte J de. Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In: Dartel H van, Molewijk B. (red.). In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2014, 36-49.

Ggzrichtlijnen.nl website. <https://www.ggzrichtlijnen.nl/overzicht-richtlijnen>, geraadpleegd op 4 april 2020.

Hassan TM, Ahmed SO, White AC & Galbraith N. A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine* 2009; 9(4): 327-332

Jonkers A. 'Ik heb het ook': Psychologen 'uit de kast'. *De psycholoog* 2015; 22.

Kienhorst G, Kenniscentrum Phrenos, Stichting Samen Sterk zonder Stigma, GGZ Drenthe & Helmus K. Wegwijzer Stigma-bestrijding in de ggz. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden. 2014.

Kloet (2018). Eigen kwetsbaarheid krachtig inzetten – doe ik 't of doe ik 't niet. Blog op: <https://www.psychosenet.nl/eigen-kwetsbaarheid-krachtig-inzetten/>, geraadpleegd op 25 oktober 2020.

Knmg.nl website. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/begrippen-2/professionele-standaard.htm>, geraadpleegd 4 april 2020.

Knmg.nl website. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm>, geraadpleegd op 27 maart 2020.

Koek-Michels (2016). De behandelaar zegt: ik heb het ook – over zelfonthulling en pionieren. Blog op: <https://www.psychosenet.nl/zelfonthulling-als-behandelaar/>, geraadpleegd op 25 oktober 2020.

Lloyd C, King R & Chenoweth L. Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health* 2002; 11(3): 255-265.

Nfu.nl, website. https://www.nfu.nl/img/pdf/6_Competentielijst_Radboudumc.pdf, geraadpleegd op 18 oktober 2020.

Nordt C, Rossler W & Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 32(4): 709-714.

Richtlijnenjeugdhulp.nl, website. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl>, geraadpleegd op 4 juni 2020.

Schaufeli E, Schaufeli WB, Triple i Human Capital & VvAA. Zorgverleners anno 2019. Quicksan bezieling, 2019.

Scheer L van der. Hermeneutische benadering: op zoek naar betekenissen. In: Dartel H van, Molewijk B. (red.). In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2014, 155-170.

Sociaalwerknederland.nl, website. <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=15783&m=1521200969&action=file.download>, geraadpleegd op 27 maart 2020.

Tronto J. There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring* 2017; 1(1): 27-43.

Venvn.nl, website. <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>, geraadpleegd op 17 oktober 2020.

Vosman FJ. The moral relevance of lived experience in complex hospital practices: a phenomenological approach. In: Heuvel S van den, Nullens P & Roothaan A. (red.). *Theological Ethics and Moral Value Phenomena: The Experience of Values*. New York: Routledge, 2017, 65-92.

SAMENVATTING

In dit artikel stel ik aan de hand van mijn eigen ervaringen de vraag centraal in hoeverre er ruimte is voor psychische kwetsbaarheid van zorgprofessionals. Naast de rol van (zelf)stigmatisering en een hoge mate van stress en burn-out klachten onder zorgprofessionals, benoem ik een discrepantie tussen de professionele standaarden en mijn ervaren praktijk als het gaat om de ruimte die er is voor kwetsbaarheid. Vanuit zorgethische perspectieven bezien is er juist meer erkenning nodig voor de kwetsbare kant van zorgprofessionals. Door het ontwikkelen van een nieuwe (zorg)ethische competentie is het mogelijk om hier op den duur meer ruimte voor te maken.

Trefwoorden: *zorgprofessionals, psychische kwetsbaarheid, openheid*.

SUMMARY

In this article, based on my own experiences, I will focus on the question to what extent there is room for the psychological vulnerability of healthcare professionals. In addition to discussing the role of (self) stigmatization and a high degree of stress and burn-out complaints among healthcare professionals, I will discuss the discrepancy between professional standards and my own experiences in the healthcare practice, where it concerns the degree in which vulnerability is accepted. From a care ethics perspective, more recognition is needed for the vulnerable side of healthcare professionals. By developing a new (care) ethical competence, it will become possible to create more room for this in the long run.