

de bewogen arts



DE BEWOGEN ARTS

Emotionele geraaktheid in het kinderziekenhuis

Masterthesis Universiteit voor Humanistiek

Utrecht, juli 2016

Daan Stoffer

Studentnummer: 90025

dst@xs4all.nl

Begeleider: Dr. Carmen Schuhmann
Universitair docent Praktische Humanistiek
Universiteit voor Humanistiek
C.Schuhmann@uvh.nl

Eerste Meelezer: Dr. Shirley Oomens
Universitair docent Sociaalwetenschappelijke Onderzoeksmethoden
Universiteit voor Humanistiek
tevens Lector Arbeidsdeskundigheid
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Shirley.Oomens@han.nl

Tweede Meelezer: Drs. Loes Berkhout
Geestelijk Verzorger en Psycholoog
Universitair Medisch Centrum Utrecht
L.Berkhout@umcutrecht.nl

Afstudeercoördinator: Dr. Wander van der Vaart
Universitair hoofddocent Onderzoeksmethodologie
Universiteit voor Humanistiek
W.v.derVaart@uvh.nl

‘Iedere definitie is gevaarlijk’

Desiderius Erasmus (1466 – 1536)

Voorwoord

Trots ben ik, op het document dat voor u ligt. Bij dit schrijven van dit afstudeeronderzoek heb ik mij steeds gemotiveerd gevoeld omdat ik een noodzaak zag tot wetenschappelijke aandacht voor mijn onderzoeksthema. Dank aan mijn begeleider Carmen Schuhmann voor jouw zachte kracht en humor, meelezer Shirley Oomens voor al je openheid en enthousiasme en meelezer Loes Berkhout voor je doortastendheid en droge humor. Het afstudeeronderzoek heeft veel bij mij losgemaakt: anticiperen op wat er verwacht wordt en daarin afhankelijk zijn van anderen. Na een moeizame dag ben ik om 22:00 uur nog met de auto naar Westbroek gereden en tegen de schemering het polderlandschap in gelopen. Het kwaken van kikkers, de geur van gemaaid hooi, de vogels en de verte: ze brachten mijn rust en aarding weer terug. De natuur is al sinds mijn kinderjaren een bron van geborgenheid en betekenis waarmee ik mij erg verbonden voel.

Zij staat daarin echter niet alleen; waardevolle krachtbronnen zijn mijn familie, mijn vrienden en mijn liefste die mij in liefde en zorgzaamheid omringen. Allereerst wil ik mijn vier ouders bedanken. Mijn vader Rob Stoffer, voor zijn onvoorwaardelijke steun bij het vinden van mijn studie- en levenspad. Je hebt mij altijd gestimuleerd om mij te blijven ontwikkelen; van mavo tot master. Mijn moeder Marjan Voorn, voor haar warmte en gastvrijheid, het zomaar kunnen binnenstappen, aanschuiven, een onverwachts ‘stukkje kaas’ van de markt. Mijn stiefvader, Peter Wouters: voor je steunende, bedachtzame handelen te midden van -soms onhebbelijke-stiefzonen. En mijn stiefmoeder, Hannie Hommes: voor je wijsheid, je gekte en onze gedeelde humor en rommeligheid. Mijn lieve broer Thomas Stoffer; verbonden in voor- en tegenspoed.

Daarnaast een woord van dank aan mijn studie- en wandelvrienden: Annika Tol, Marinde van Egmond, Mira Krozer en Sandra Schouwstra. Onze wekelijkse eetavond, mooie wandelingen, goede gesprekken over filosofie en het leven. Dank Martijn Zwiers en Nannette Sibinga voor feedback op dit document. Mijn oudste vrienden Jimmy van Ameijde en Rian Steehouder; een half leven lief en leed samen. Studiemaat Niels von Reth...voor onze persoonlijke gesprekken en alle gedeelde koffiemomenten, structuur en (wan)hoop gedurende het afstudeeronderzoek. Ook mijn stagebegeleider Gijs van Eijsden wil ik ten diepste bedanken voor zijn zorgvuldige en confronterende begeleiding tijdens mijn stage als geestelijk verzorger in het UMC Utrecht. Ik blijf het bijzonder vinden hoe wij, als verschillende mannen, naar elkaar zijn toegegroeid. Tot slot een woord aan Clare Counsilman; mijn lief, schoonheid en maatje: voor het aanhoren van mijn scriptiegedachten en alle momenten waarop je mij zo vanzelfsprekend ruimte geeft.

Samenvatting

Tijdens het handelen in de medische werkpraktijk worden artsen soms emotioneel geraakt. De probleemstelling bepleit dat artsen hun emoties om verschillende redenen onderdrukken; het uiten van emoties wordt door artsen geassocieerd met schaamte, zwakte en incompetentie. Deze onderdrukking heeft echter negatieve gevolgen voor de gezondheid van artsen: het kan op termijn resulteren in *emotional fatigue*, burn-out en posttraumatisch stress-syndroom.

DOELSTELLING

Dit onderzoek maakt inzichtelijk hoe artsen omgaan met momenten waarop zij emotioneel geraakt worden in de medische werkpraktijk. Tevens maakt het duidelijk in welke situaties artsen emotionele geraaktheid ervaren, hoe zij daar uiting aan geven, wat de gevolgen zijn voor hun handelen en welke behoeften zij hebben bij de omgang met emotionele geraaktheid.

METHODE

Dit is een kwalitatief empirisch fenomenologisch onderzoek. Het onderzoek staat daarmee expliciet open voor de betekenissen die respondenten aan emotionele geraaktheid toekennen. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij 12 artsen. Hierbij is tevens een topiclist aangehouden (zie bijlage 7.2). De interviews zijn opgenomen en geanalyseerd door middel van drie coderingsfasen: open codering (1), axiale codering (2) en selectieve codering (3).

RESULTATEN

Artsen worden emotioneel geraakt in zowel relationele situaties als in technische situaties. De emotionele geraaktheid van artsen beïnvloedt de mate waarin zij controle ervaren tijdens het medisch-technisch handelen en de mate waarin zij hun patiënten kunnen ondersteunen. Omdat artsen controlebehoud tijdens medisch-technisch handelen en ondersteuning van patiënten van groot belang vinden, staan zij steeds voor de afweging in hoeverre zij emoties willen toelaten.

CONCLUSIE

Artsen willen emotionele geraaktheid met collega's kunnen delen, zonder dat collega's hen daarop veroordelen of als minder competent gaan bezien. Artsen hebben behoefte aan steun van collega's en het thuisfront. De resultaten laten echter zien dat de ervaringen van artsen in de privésfeer soms als te heftig worden ervaren, waardoor partners en vrienden hen niet altijd steun kunnen bieden. Een teamsfeer waarin emotionele geraaktheid getoond en besproken kan worden, blijkt eveneens niet vanzelfsprekend. Artsen zoeken een nieuwe norm met betrekking tot de positie van- en omgang met emotionele geraaktheid binnen de medische werkpraktijk.

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Samenvatting	7
Inhoudsopgave.....	8
1. Introductie	10
1.1 Probleemstelling.....	11
1.2 Doelstelling	13
1.3 Vraagstelling	14
1.4 Deelvragen.....	14
1.5 Relevantie.....	14
2. Theoretische verdieping	15
2.1 Emoties: een introductie.....	15
2.1.1 Biologische opvattingen: Charles Darwin en William James	16
2.1.2 Psychologische opvattingen: Sigmund Freud en Nico Frijda.....	16
2.1.3 Feministisch filosofische opvattingen: Martha Nussbaum.....	17
2.1.4 Feministisch filosofische opvattingen: Jessica Benjamin	18
2.1.5 Feministisch filosofische opvattingen: Alison Jaggar	19
2.2 Emoties in de medische werkwijze.....	20
2.2.1 Werkwijze in verandering.....	20
2.2.2 Artsen en emotie: zwakte en schaamte.....	21
2.2.3 Artsen en emotie: feilloos en zelfredzaam zijn	22
2.2.4 Artsen en emotie: gescheiden werelden	23
2.2.5 Artsen en emotie: bron van kennis en zelfzorg	24
3. Methode.....	28
3.1 Empirisch fenomenologisch onderzoek	28
3.2 Onderzoeklocatie.....	29
3.3 Respondenten	29
3.4 Dataverzameling.....	30
3.5 Dataverwerking en analysemethode.....	31

3.6 Operationalisering	32
3.7 Betrouwbaarheid en validiteit.....	32
4. Resultaten	34
4.1 Situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden	35
4.1.1 Relationele situaties: lijden aanzien en meebelevén.....	36
4.1.2 Relationele situaties: identificatie, confrontatie, projectie	39
4.1.3 Technische situaties: lijden aandoen en actorschap	42
4.1.4 Technische situaties: aanklacht, zelftwijfel, alles wankelt	45
4.2 Wijzen waarop artsen uiting geven aan emotionele geraaktheid.....	47
4.3 Gevolgen van emotionele geraaktheid voor het handelen van artsen.....	50
4.3.1 Relationele gevolgen: emotioneel ondersteunen van patiënten.....	51
4.3.2 Technische gevolgen: goed medisch-technisch handelen	51
4.3.3 Emotionele geraaktheid als informatiebron.....	53
4.4 Behoeften van artsen bij het omgaan met emotionele geraaktheid	53
4.4.1 In relatie tot collega's en team.....	54
4.4.2 In relatie tot privésituatie.....	57
4.4.3 In relatie tot toerusting, studie en specialisatie.....	58
5. Conclusie en discussie.....	62
5.1 Beantwoording hoofdvraag	69
5.2 Beperkingen van dit onderzoek.....	71
5.3 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	71
5.4 Aanbevelingen.....	73
5.5 Slotconclusie	74
6. Literatuur	75
7. Bijlagen	80
7.1 Bijlage 7.1: gebruikte uitnodiging bij benadering respondenten.....	81
7.2 Bijlage 7.2: gebruikte topiclijst tijdens de afgenomen interviews.....	82
7.3 Bijlage 7.3: gebruikte code-structuren bij data-codering	83

1. Introductie

Zieke mensen beter maken: de werkpraktijk van artsen in de breedste zin van het woord. Hoewel genezing in de meeste gevallen het streven blijft, blijkt dit lang niet altijd haalbaar. Het doel van behandeling kan in korte tijd veranderen in het verkleinen van schade of het verlichten van pijn in het aangezicht van de dood. Een arts dient hierop te zijn toegerust: niet alleen specialistische medisch-technische kennis en goede communicatieve eigenschappen in huis te hebben, maar ook kunnen omgaan met werkdruk en de emotionele impact van het vak. Dit onderzoek speelt zich af rond het laatstgenoemde aspect: opvattingen over en ervaring van emotionele geraaktheid onder artsen.

Hoewel artsen emotioneel geraakt worden door het leed van patiënten (Granek, 2012; Koster, 2013; Krauser, 1989; Ofri, 2013; Pruthi, 2014) is het tonen en bespreken van emoties in deze beroepsgroep ongebruikelijk. Er zijn verschillende beroepsopvattingen die hieraan ten grondslag kunnen liggen. Zo zou een goede arts sterk en zelfverzekerd moeten zijn (Pruthi, 2014, p. 249) en geen ruimte mogen inruimen voor de eigen emoties die het werk kan oproepen (Koster, 2013, p. 2452). Het taboe op emoties lijkt artsen een stuk menselijkheid te ontzeggen; nu zien sommige artsen zich bijvoorbeeld genoodzaakt om hun emoties te verbergen (Granek, 2012, p. 964) terwijl emoties structureel deel uitmaken van de medische werkpraktijk (Ofri, 2012, p. 98). Op de lange termijn zijn hier verschillende gevolgen voor de arts aan verbonden, zoals slaapproblemen, burn-out (Granek, 2012, p. 964) en posttraumatisch stress-syndroom (Ofri, 2013, p. 160).

Dat de emoties van artsen in toenemende mate onder de aandacht staan, wordt duidelijk uit artikelen zoals ‘hartverscheurende reacties op foto van rouwende arts’ (NOS, 21 maart 2015) waarin Verkaik schrijft over een emotioneel geraakte arts welke zojuist een jonge patiënt in de operatiekamer verloor. In het artikel ‘nog één dode baby en ik hou ermee op’ (NRC, 19 november 2014) spreekt Van het Wout met gynaecologen die nauwelijks kunnen spreken met collega’s over de emoties die het (over-)lijden van patiënten bij hen losmaakt.

Arts zijn betekent ook mens zijn, hetgeen impliceert dat ook artsen emoties ervaren. Dat emoties zich in de medische werkpraktijk voordoen wil nog niets zeggen over de wijze waarop een aangedane arts door zichzelf, collega’s en patiënten wordt gezien. Mag de emotionele geraaktheid van artsen zichtbaar zijn? En zo ja, voor wie? Collega’s, patiënten? Hoe verhouden emoties zich tot het beeld dat artsen van professionaliteit hebben? Precies hier

ligt de focus van dit afstudeeronderzoek: het onderzoeken van het fenomeen van emotionele geraaktheid onder artsen, de betekenissen die zij hieraan toekennen en de behoeften die daarbij bestaan.

1.1 Probleemstelling

Artsen worden emotioneel geraakt

Vrijwel dagelijks komen artsen in contact met mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden. Zij worden geconfronteerd met patiënten die te maken hebben met ziekte, beperking of verlies. Het lijkt moeilijk om niet geraakt te worden door de intensiteit in dit werk: artsen raken betrokken bij de levens van patiënten en worden geconfronteerd met de kwetsbaarheid die daarmee gepaard gaat. Brand (2006) vertelt:

“De technische kreten zijn neutraal en afstandelijk. Maar de ellende die erbij hoort is dichtbij. (...) Want een individuele patiënt, een kind voor wie je als dokter gezorgd hebt, dat is een kwetsbaar en klein en (meestal ook) lief individu met wie je gelachen hebt, naar wie je vertederd gekeken hebt. En Jezusmina, waar ouders bij horen. Ouders die houden van dat kind, voor wie een leven zonder dat kind volstrekt ondenkbaar is. Welke ouder kan zijn kind nu missen? (...) Ik kan het niet.” (p. 9)

In bovenstaand citaat van kinderarts Paul Brand wordt duidelijk dat het behandelen van patiënten niet alleen een medisch-technische aangelegenheid is. Het werk brengt Brand in situaties waarin hij naast behandelend arts ook medemens is van zijn patiënten en daardoor emotioneel geraakt kan worden. Brand staat hierin niet alleen: verschillende artsen beschrijven dat artsen regelmatig emotioneel geraakt worden door het leed waarmee zij zich in de werkpraktijk geconfronteerd zien (Granek, 2012; Koster, 2013; Krauser, 1989; Ofri, 2013; Pruthi, 2014).

Hoewel het onderwerp van emotionele geraaktheid onder artsen in toenemende mate onder de aandacht staat, is het opvallend te noemen dat er nog weinig aandacht uitgaat naar de betekenis die artsen hieraan toekennen. Hier ligt tevens de relevantie van dit onderzoek: in wetenschappelijk opzicht beoogt het bij te dragen aan een rijker begrip van ‘emotionele geraaktheid’ in context van de medische werkpraktijk. In maatschappelijk opzicht is het van belang dat werkgevers weten welke behoeften artsen hebben wanneer emotionele geraaktheid zich in de praktijk voordoet.

Omdat dit onderzoek een helder vertrekpunt wil nemen bij de verkenning van ‘emotionele geraaktheid’ als fenomeen, wordt de definitie van Decety en Fotopoulou (2015) aangehouden. Zij omschrijven emotionele geraaktheid als “affectie die opkomt wanneer men zich verbonden voelt met- en zich herkent in de emotie van een andere persoon. Het maakt onderdeel uit van het meeromvattende begrip empathie” (p. 2). Deze affectie brengt een emotie teweeg: we raken geroerd door hetgeen zich aan ons voordoet.

Bespreken niet gebruikelijk

Emoties van artsen werden tot eind twintigste eeuw gezien als een bedreiging voor de kwaliteit van medische zorg: het zou de objectiviteit van de klinische blik vertroebelen. Middels het aanhouden van afstand in de behandelrelatie werd men geacht emoties te vermijden (Osler, 1910; Pruthi, 2014). De hedendaagse “*relationship-centered* zorgcultuur” heeft daar volgens Giebner (2015) echter verandering in gebracht: in vergelijking met de vorige eeuw is er meer erkenning gekomen voor het feit dat het werk met patiënten ook bij artsen emoties op kan roepen (p. 14).

Het bespreken van emotionele geraaktheid onder collega’s lijkt daarentegen nog lang geen gemeengoed. Koster (2013, p. 2452), zelf oud-longarts, stelt dat het als arts ongepast is om je kwetsbaar op te stellen en zeer ongebruikelijk om met collega’s te praten over wat het vak met je doet. Koster beschrijft een hardnekkig beroepsbeeld van een dokter die onfeilbaar moet zijn en geen ruimte mag maken voor eigen emoties. Zij stelt dat dit beeld de menselijkheid van de arts ontkent en ziet emotionele steun voor artsen als noodzakelijk. Giebner (2015, p. 110) stelt dat emotionele geraaktheid nu vaak als ongepaste kwetsbaarheid wordt gezien. Emoties verdienen volgens Giebner meer aandacht en zijn tevens van vitaal belang voor de bekwaamheid van zorgverleners en de kwaliteit van zorg.

Ook in internationale context blijken de emoties van artsen een beladen gespreksonderwerp. Pruthi (2014, p. 249) beschrijft dat het tonen van emotionele geraaktheid door artsen wordt geassocieerd met zwakte en incompetentie. Artsen zouden terughoudend zijn in het tonen van emoties omdat dit in hun ogen onverenigbaar is met het imago van een goede arts, die geacht wordt om sterk en zelfverzekerd te zijn en volledig de leiding te behouden. Pruthi schrijft deze norm deels toe aan het curriculum van de studie geneeskunde, waarin weinig aandacht uitgaat naar het omgaan met het (over-)lijden van patiënten en de emoties die dit bij artsen teweeg kan brengen. Onderzoek van Granek (2012, p. 964) onder Canadese oncologen beschrijft eveneens dat het tonen van emotionele geraaktheid gezien wordt als een teken van

zwakte, als iets beschamends. Hierom zagen respondenten zich genoodzaakt om hun emoties te verbergen. Volgens hen rust er een taboe op het tonen van emoties, met negatieve gevolgen voor het welzijn van de arts en de patiëntenzorg. Granek pleit dan ook voor normalisering van emoties onder artsen als onderdeel van de werkpraktijk. Tot slot doet recent onderzoek van Janssens, Sweerts en Vingerhoets (2015) onder 776 Nederlandse artsen vermoeden dat gender een rol zou kunnen spelen bij het tonen en delen van emotionele geraaktheid. Waar 57,5% van de vrouwelijke respondenten aangaf wel eens op de werkvloer te hebben gehuild, gaven slechts 25,1% van hun mannelijke collega's aan daar ervaring mee te hebben.

Gevolgen

Inmiddels komt een spanningsveld in beeld: artsen worden regelmatig emotioneel geraakt, maar binnen de beroeps cultuur wordt het tonen en delen van emotionele geraaktheid gezien als beschamend, zwak en onprofessioneel. Wanneer artsen hun emotionele geraaktheid niet kunnen uiten of delen, worden daar verschillende gevolgen aan toegeschreven die voornamelijk betrekking hebben op de geestelijke gezondheid van artsen zelf. Koster (2013) schrijft dat artsen nu nergens heen kunnen met de emoties die het werk bij hen kan oproepen. Zij spreekt zelfs van een “beroepsgroep in nood” en stelt dat artsen werken in een “emotioneel belastende werkomgeving die volstrekt niet is ingericht op het psychisch en emotioneel gezond houden van de meest belaste werknemers” (p. 2452).

Granek (2012, p. 964) stelt dat artsen zich dermate schamen over emoties en rouwgevoelens dat zij deze verbergen tegenover hun collega's. Als gevolg daarvan zouden artsen zich sneller geërgerd voelen, emoties die zij op het werk hebben opgedaan naar huis meenemen en maken zij op lange termijn een grote kans op slaapproblemen of een burn-out. Overigens lijken de gevolgen niet alleen op het bord van artsen te liggen; ook slechtere patiëntenzorg zou volgens Ofri (2013) tot de gevolgen behoren. Het niet kunnen bespreken van emotionele geraaktheid zou resulteren in emotionele uitputting en het maken van medische fouten (p. 160).

1.2 Doelstelling

Kennisdoelen

Dit onderzoek wil in kaart brengen hoe artsen omgaan met emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk, in hoeverre dergelijke ervaringen met collega's worden besproken en welke behoeften artsen hebben naar aanleiding van ervaringen van emotionele geraaktheid. Tevens wil het onderzoek bijdragen aan de theorievorming over het fenomeen van emotionele geraaktheid onder artsen binnen de medische werkpraktijk. Dit fenomenologisch onderzoek

maakt een verkenning van de betekeniswereld waarmee emotionele geraaktheid onder artsen omgeven is en hoopt daarmee aan een rijkere definiëring bij te dragen.

Handelingsdoelen

Dit onderzoek beoogt inzichtelijk te maken:

- Wanneer artsen emotioneel geraakt worden in hun werk.
- In hoeverre artsen hun emotionele geraaktheid tonen en delen met collega's of patiënten.
- Welke behoeften artsen hebben bij situaties waar emotionele geraaktheid zich voordoet.

1.3 Vraagstelling

‘Hoe gaan artsen om met momenten waarop zij emotioneel geraakt worden in de medische werkpraktijk?’

1.4 Deelvragen

1. In welke situaties worden artsen emotioneel geraakt?
2. Op welke wijze geven artsen uiting aan emotionele geraaktheid?
3. Welke gevolgen heeft emotionele geraaktheid voor het handelen van artsen?
4. Welke behoeften hebben artsen bij het omgaan met emotionele geraaktheid?

1.5 Relevantie

Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan de kennis binnen het vakgebied *medical humanities*, en specifiek aan de kennis over de emotionele geraaktheid van artsen in de werkpraktijk. Het voorziet in de beantwoording van de volgende kennisvragen: ‘Welke betekenis geven artsen aan emotioneel geraakt zijn?’ en ‘Welke behoeften hebben artsen bij het omgaan met emotionele geraaktheid?’ Daarbij beoogt dit onderzoek de definiëring van ‘emotionele geraaktheid’ aan te vullen door de ervaringen die artsen daarmee hebben te onderzoeken.

Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan het vergroten van het maatschappelijk begrip voor de impact van emotionele geraaktheid in de werkpraktijk van artsen. Voor werkgevers is het van belang om te weten wat nodig is om goede zelfzorg onder artsen te kunnen faciliteren.

Voor artsen als beroepsgroep beoogt dit onderzoek het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid te normaliseren.

2. Theoretische verdieping

2.1 Emoties: een introductie

In deze paragraaf zullen enkele wetenschappelijke opvattingen over emoties aan bod komen. Alvorens ik daartoe over ga wil ik beginnen met de opmerking dat het eenduidig definiëren van emoties bepaald geen eenvoudige zaak is. Er bestaat geen eenduidige afbakening van wat wij onder emoties kunnen verstaan. Emoties worden van oudsher min of meer gezien als irrationele uitingen van het gevoel, hoewel er zich een wetenschappelijk discussie afspeelt rond de vraag hoe emotie zich verhoudt tot cognitie en kennis (Strongman, 2003, p. 91). De kern van deze discussie bestaat uit de vraag of emotie als kennisvorm kan worden gezien.

Van den Broeck (2008), professor psychologie aan de Vrije Universiteit Brussel, stelt dat emotie een moeilijk definieerbaar begrip is: “het bleek ook niet gemakkelijk te zijn een adequate definitie te formuleren van emotie. Een aantal termen worden naast elkaar gebruikt: emotie, affect, stemming, gevoel, voorkeur, evaluatieve waardering. Telkens verwijzen deze termen naar ‘een aangedaan worden’, ‘een geraakt worden’.” (p. 267).

Het Nederlandse woordenboek Van Dale definieert¹ emotie als ‘aandoening van het gemoed; (plotselinge) ontroering’. Hoewel weinig mensen een brede definiëring als deze zullen aanvechten, laat ze nog betrekkelijk veel ruimte voor uiteenlopende interpretaties. Er bestaat wel breed gedeelde overeenstemming over de zogenaamde basisemoties. Remmerswaal (2012, p. 31) komt na vergelijking van bestaand onderzoek tot de conclusie dat de volgende vijf basisemoties gedeeld worden onderschreven: woede, verdriet, angst, vreugde en liefde.

De wijze waarop emotie wordt gedefinieerd en geïnterpreteerd, is sterk afhankelijk van het wetenschappelijk discours dat hierbij als vertrekpunt wordt genomen. Omdat dit onderzoek een verkenning maakt van de betekenissen waarmee emoties zijn omgeven in de context van de medische werkpraktijk, is ervoor gekozen om theorie uit feministisch filosofisch discours als vertrekpunt te nemen. Kenmerkend voor feministische filosofie is haar reflexieve aard en specifieke aandacht voor thema's als gender, machtsverhoudingen, emotie, narrativiteit en de verhouding tot ‘de ander’ (Alcoff & Kittay, 2007, p. 103). Aangezien genoemde thema's een rol spelen in de onderzochte ervaringen met emotionele geraaktheid, wordt verwacht dat juist theorie uit dit discours handzaam kan zijn bij de duiding van de onderzoeksresultaten. Het

¹ Geraadpleegd op 8 maart 2016, locatie <http://vandale.nl/opzoeken?pattern=emotie&lang=nn#.Vt8IH7n2YdU>.

verschafft een bril waarmee individuele ervaringen van emotionele geraaktheid, alsmede de normen en relaties waarmee deze ervaringen omgeven zijn, kritisch onderzocht kunnen worden. Toch zal ik voorafgaand aan feministisch filosofische opvattingen nog kort op enkele biologische en psychologische opvattingen ingaan, omdat dit duidelijk maakt hoe verschillend er in deze wetenschappelijke discoursen tegen emoties wordt aangekeken.

2.1.1 Biologische opvattingen: Charles Darwin en William James

Een van de eerste onderzoekers die zich richtte op het bestuderen van emoties is Charles Darwin, die zich daarbij voornamelijk concentreerde op de gezichtsuitdrukkingen van mensen en dieren. Met zijn onderzoek (1890) probeerde Darwin aan te tonen dat er overeenkomsten bestaan in de emotionele gezichtsuitdrukkingen van mens en dier. Door de betekenis van gezichtsuitdrukkingen op structurele wijze te beschrijven, probeerde Darwin tot een indeling te komen. Typerend voor de wijze waarop Darwin emoties onderzocht, was de functionele en evolutionaire bril waarmee emoties werden benaderd; ze maken ons bewust van gevaren die ons bestaan bedreigen.

Tijdsgenoot William James (1884) richtte zich specifiek op het beschrijven van lichamelijke sensaties die ervaren worden wanneer emoties zich voordoen. In zijn ogen ging emotie altijd gepaard met een fysiologische verandering, zoals verwijde pupillen of een versnelde hartslag. In zijn theorie over de ervaring van emoties beschreef James een procedurele volgorde, namelijk: (1) waarneming – lichamelijke sensaties, (2) mentaal affect - emotie, gevolgd door (3) lichaamsexpressie. Emoties zoals angst of boosheid ontstaan doordat er lichamelijke sensaties zijn die daaraan vooraf gaan en daar voedingsbodem aan geven.

Algemeen kenmerkend voor het biologisch discours is de nadruk op de fysiologische reacties van het lichaam wanneer emoties ontstaan. Emoties hebben een signaleringsfunctie en zijn het direct gevolg van de fysiologische sensaties die voortkomen uit onze empirische waarneming.

2.1.2 Psychologische opvattingen: Sigmund Freud en Nico Frijda

Een belangrijk onderzoeker binnen het psychologisch discours is Nico Frijda, die in zijn *magnum opus* 'de emoties' een veelomvattend overzicht maakt van de aard en functie van menselijke emoties en de omstandigheden waaronder zij zich voordoen. Frijda (2005) definieert emotie als volgt: "Emoties zijn de manifestaties van het belangenbevredigings-systeem van het individu. Emoties geven uitdrukking aan de belangen van het individu en aan

de bevredigingstoestand van deze belangen” (p. 498). Frijda gebruikt bewust het woord belangen en niet het woord behoeften, omdat behoeften in zijn ogen puur instinctief zijn, terwijl belangen complexer zijn en gevormd kunnen worden in interactie met de omgeving waarin men leeft.

Opvallend aan Frijda's definitie is de centrale rol die voor belangenbevrediging lijkt te zijn weggelegd. Emoties beïnvloeden ons handelen en onze bereidheid daartoe, zodanig dat onze belangen (welke onze behoeften overstijgen) vervuld worden. Emoties worden in zijn ogen opgevolgd door de evaluatie van eerdere ervaringen, waardoor een 'taxatie' plaatsvindt van de kans waarop de belangen succesvol bevredigd gaan worden. Emotie helpt ons bij het herkennen van objecten die geschikt zijn voor vervulling van onze belangen. Frijda's definitie ligt daarmee dicht bij de wijze waarop Freud emoties in 1929 omschreef: “prikkelers die de bevrediging van driften of de bedreiging van die bevrediging aankondigen; of het zijn prikkelers die onacceptabele wensen oproepen en zodoende conflict veroorzaken” (Frijda, 2005, p. 279).

Toch bestaat er verschil tussen deze opvattingen. Freud ziet emoties als een instinctief signaal voor de vervulling van eigen driften, terwijl Frijda's opvatting van emoties ruimte laat voor de mogelijkheid dat emoties betrekking hebben op anderen waar mensen zich tot verhouden. De opvatting van Frijda lijkt meer op de buitenwereld gericht en daarmee oog te hebben voor de politieke en relationele context waarin emoties zich kunnen voordoen.

2.1.3 Feministisch filosofische opvattingen: Martha Nussbaum

Martha Nussbaum (2003) beschrijft een theorie van emotie die een cognitief karakter heeft. Zij stelt dat menselijke emoties een vorm van gedachten zijn, welke gevormd worden door het feit dat mensen waarnemende wezens zijn. Emoties kunnen volgens Nussbaum het best worden omschreven als *cognitive appraisals*; als een waardenschatting die ook kennis bevat. Nussbaum beziet emoties als een rijke kennisbron omdat deze gevoed worden door een grote verscheidenheid aan zintuiglijke indrukken (p. 65). Nussbaum bepleit dat alle emoties van essentieel belang zijn om tot een handelingsmoraal te kunnen komen; zowel de positief bestempelde (vreugde, liefde) als meer negatief bestempelde (woede, verdriet, angst) emoties.

Emoties vormen tevens een belangrijke basis om te kunnen verkennen wat goed handelen is, in het licht van mijn positie en de anderen waartoe ik mij verhoud. Wanneer het lijden van anderen mij emotioneert, bevat mijn aangedaan zijn informatie over mijn relatie tot deze

ander. Denk aan informatie als de mate waarin ik gehecht ben aan de ander, mij in de ander herken, wat ik deze ander toe wens, of wat mij te doen staat in het licht van deze informatie. Nussbaum (2003) definieert emoties als volgt: “Emotions (...) involve judgments about important things, judgments in which, appraising an external object as salient for our own well-being, we acknowledge our own neediness and incompleteness before parts of the world that we do not fully control” (p. 19). Met andere woorden: in de ogen van Nussbaum hebben emoties altijd betrekking op iets buiten onszelf dat van belang is voor ons welzijn. Emotie getuigt van het feit dat ieder mens ten diepste gehecht is aan- en afhankelijk is van factoren die buiten onze controle liggen (2003, p. 43). De wijze waarop Nussbaum emotie beziet is relevant voor dit onderzoek, omdat emoties van artsen soms samenhangen met situaties waarin psychisch of lichamelijk lijden niet op te heffen is (Giebner, 2015, p. 108); situaties waarin ook de controle van artsen zelf betrekkelijk is en het herstel afhankelijk is van de veerkracht van patiënten.

2.1.4 Feministisch filosofische opvattingen: Jessica Benjamin

Psychoanalytica Jessica Benjamin schrijft over de rol en bespreekbaarheid van emoties in zorgrelaties. Benjamin (2009) stelt dat patiënten regelmatig onrealistische verwachtingen hebben over de capaciteiten van een arts of zorgverlener. Patiënten verwachten soms dat een zorgverlener onnipotent is en hen zal beschermen. Benjamin vergelijkt dergelijke zorgrelaties met een moeder-kind relatie: een kind verwacht dat de moeder onvoorwaardelijk aanwezig zal zijn en het zal beschermen. In de beleving van het kind is de moeder onnipotent; er is niets wat zij niet kan. Wanneer deze verwachting van onnipotentie op een zeker moment niet wordt waargemaakt, voelt het kind zich in de steek gelaten (p. 443).

Een soortgelijke interactie vindt volgens Benjamin plaats wanneer patiënten verwachten dat een arts onnipotent is. Wanneer het behandelperspectief van een patiënt onverwachts is verslechterd kunnen zorgverleners emoties als schuld en schaamte ervaren en patiënten zich in de steek gelaten voelen. Benjamin beargumenteert dat zorgverleners soms meegaan in de onnipotente verwachtingen van hun patiënten, omdat zij zichzelf ook onhaalbare eisen stellen in hun werk (p. 449). Onderzoek van Halpert (2009), waar ik in paragraaf 2.2.3 verder op in zal gaan, stelt dat artsen fantasieën over onnipotentie hebben. In therapieën met artsen kwam Halpert tot de ontdekking dat reddersfantasieën en de fantasie om de dood te willen verslaan onder hen breed gedeeld aanwezig waren.

Als emoties in zorgrelaties niet besproken of geëxpliciteerd worden kan er volgens Benjamin schade ontstaan aan de zorgrelatie. Het vertrouwen is verdwenen of een van de betrokkenen voelt zich niet gehoord. Benjamin wijst op het belang van onderlinge explicitering en afstemming van emoties in de zorgrelatie; dit noemt zij *emotional attunement*. Een actieve betrokken afstemming vanuit een grondhouding waarin beide betrokkenen de ander recht willen doen en waarin emoties en verwachtingen onderling gedeeld en uitgesproken kunnen worden. Om tot *emotional attunement* te komen stelt Benjamin een neutrale gesprekspositie voor: een ‘derde positie’ die een co-creatie is van zowel patiënt als zorgverlener. Zij noemt dit de *moral third* positie: een vertrekpunt dat patiënt en zorgverlener creëren om tot een gedeeld perspectief te komen. Onderwerp van gesprek is niet zozeer de individuele ervaring van arts en patiënt, maar de gezamenlijke emoties en verwachtingen die leven. Het scheppen van een *moral third* gesprek is volgens Benjamin (2009) niet vanzelfsprekend; er is moed voor nodig omdat het van beide partijen openheid vraagt en de bereidheid om zich kwetsbaar op te stellen (p. 442). Met dit *framework* vraagt Benjamin aandacht voor emoties in zorgrelaties: aandacht die volgens haar ten dienste staat van een zorgrelatie waarin zorgverlener en patiënt recht wordt gedaan. In vergelijking met Nussbaum ligt het accent van Benjamin’s theorie meer op de zorgrelationele verhoudingen en het scheppen van ruimte om emoties te kunnen bespreken.

2.1.5 Feministisch filosofische opvattingen: Alison Jaggar

Alison Jaggar heeft veel geschreven op het gebied van feministische filosofie. Met name haar theorie over zogeheten *outlaw emotions* kan voor dit onderzoek relevant zijn. Jaggar (1989) beschrijft dat mensen zeer uiteenlopende emoties ervaren, maar dat het uiten en delen van emoties geen vanzelfsprekende zaak is. Emoties kunnen, afhankelijk van de context en de machtsverhouding waarin zij zich voordoen, door anderen als ongewenst worden gezien of ontmoedigd worden. Jaggar stelt dat autoriteit hierin veelal een rol speelt: mensen met een positie van autoriteit scheppen de normen rond het tonen van emotie, maar mensen die zich in een *subordinate* (ook wel ongelijke of afhankelijke) positie bevinden, zien zich genooddaakt om zich daarin te schikken om hun onzekere positie te handhaven (p. 166). Wanneer een mens emoties ervaart die door groepsgenoten als ongebruikelijk worden gezien, of afwijken van de norm, kan erkenning van groepsgenoten uitblijven met vogelvrije emoties tot gevolg. Vogelvrije emoties zijn emoties die door anderen niet worden gedeeld of begrepen:

“Emotions are ‘outlaw’ in a given context because either the majority or those with social power in that context do not share them, outlaw emotions can confuse, embarrass, or isolate

those who feel them unless they can find others to share with them these socially unruly feelings and who endorse their expression” (Alcoff & Kittay, 2007, p. 106).

Jaggar (1989) staat tevens stil bij de vraag welke emoties gepast zijn in situaties en op basis van welk criterium de gepastheid gewogen kan worden. Zij stelt dat emoties gepast zijn, zolang deze kenmerkend zijn voor een samenleving waarin elk mens goed kan gedijen of wanneer deze ten dienste staan van het voortbestaan van een dergelijke samenleving (p. 168). Jaggar lijkt ruimte te willen scheppen door het ‘gedijen van elk mens’ tot een criterium te maken om te bepalen of het tonen van emoties al dan niet gerechtvaardigd is. Machtsrelaties in groepen hebben volgens haar grote invloed op de erkenning van emoties van groepsleden.

2.2 Emoties in de medische werkwijze

In de medische werkwijze zijn emoties aan de orde van de dag (Ofri, 2013). Emoties doen zich hier niet alleen voor bij patiënten, maar ook bij artsen. Het onderwerp van emoties bij artsen kent een lange geschiedenis met een paradoxaal karakter; hoewel artsen altijd enige mate van emotie in het werk hebben ervaren, werd het tonen van emoties gezien als iets ongebruikelijks en door collega artsen niet altijd gewaardeerd (Koster, 2013).

Er is nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar emoties in context van de medische werkwijze. Ook Royers (2005) kwam tot deze conclusie en besloot tot het schrijven van zijn boek ‘Emoties in de zorg’, dat zich toespitst op de werkwijze van verzorgingshuizen. Royers stelt dat de werkwijze veel, soms intense, emoties bij zorgverleners teweeg brengt (p. 48). Doordat emotie de stemming beïnvloedt, zou zij ook het handelen van zorgverleners beïnvloeden. In de hierop volgende paragrafen zal ik thematisch ingaan op onderwerpen die het beperkte bestaand onderzoek naar emoties in de medische werkwijze naar voren brengt.

2.2.1 Werkwijze in verandering

Het is slechts een eeuw geleden dat artsen geacht werden emoties in de behandelrelatie te vermijden (Osler, 1910). Tegenwoordig lijken artsen nog altijd een moeizame relatie met emoties te hebben. Zo wordt het tonen van emoties door artsen geassocieerd met zwakte en incompetentie (Pruthi, 2014), gevoelens van schaamte (Janssens, Sweerts & Vingerhoets, 2015) of als ongepast gedrag gezien (Koster, 2013). Ook een gebrek aan wetenschappelijke overeenstemming over de cognitieve waarde van emoties wordt genoemd als reden achter de ambiguïteit van emoties in de medische werkwijze (Marcum, 2013).

In de manier waarop artsen zich tot hun patiënten verhouden is echter verandering gekomen. Volgens Giebner (2015) vond er in het afgelopen decennium een verschuiving plaats van een *physician-centered* naar een *relationship-centered* zorgcultuur, waarmee het zwaartepunt in de zorgrelatie verplaatste naar gezamenlijke besluitvoering en meer aandacht ontstond voor de gevoelsbeleving van arts en patiënt. De *relationship-centered* zorgcultuur resulteerde ook in nieuwe opvattingen ten aanzien van emoties in de medische werkprijktijk. Voorbeelden zijn de erkenning voor het feit dat het werk met patiënten ook bij artsen emoties op kan roepen (Giebner, 2015, p. 14) en aandacht voor emotionele verbondenheid tussen arts en patiënt als een bron van betekenis en kracht in de behandelrelatie (Halpern, 2001; Roter, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006).

2.2.2 Artsen en emotie: zwakte en schaamte

Onder artsen wordt het tonen van emoties binnen de medische werkprijktijk soms gezien als ongepaste kwetsbaarheid (Giebner, 2015, p. 110) of met zwakte geassocieerd. Granek (2012) spreekt na een onderzoek onder twintig Canadese oncologen van een professioneel taboe op emoties. In gesprek met de oncologen stonden rouwgevoelens voor overleden patiënten centraal. Hoewel het overlijden van patiënten heftige rouwgevoelens bij de oncologen teweeg bracht, besloten zij die te verbergen omdat het tonen van emoties in de medische werkprijktijk als zwak, beschamend en onprofessioneel werd beschouwd.

Ook Pruthi & Goel (2014) beschrijven in literatuuronderzoek dat huilen door artsen vaak wordt geassocieerd met zwakte en incompetentie. Zij wijten dit enerzijds aan de curricula van de studies geneeskunde, waarin veel nadruk op genezing ligt en relatief weinig aandacht uitgaat naar het omgaan met emotioneel beladen situaties in het algemeen en het overlijden van patiënten specifiek. Artsen zouden daardoor onvoldoende worden toegerust op emotionele situaties in de medische werkprijktijk (p. 250). Tevens beschrijven zij dat het beeld van ‘een goede arts’ in de medische cultuur samenhangt met een arts die sterk en zelfverzekerd is en volledig de controle behoudt (p. 249).

In onderzoek van Janssens, Sweerts en Vingerhoets (2015) onder 776 Nederlandse artsen, naar opvattingen over huilende artsen in de medische werkprijktijk, blijkt ongeveer de helft van de betrokken artsen zich vrij te voelen om te huilen op het werk. Collega’s van huilende artsen zouden overwegend begripvol reageren, maar dit neemt niet weg dat huilende artsen gevoel van ongemak en bezwaardheid ervaren: “ze zien hun eigen gedrag als een gebrek aan

professionaliteit en zwakheid” (p. 2442). Hoewel de onderzoekers concluderen dat huilen een emotionele reactie is die zich onder artsen regelmatig voordoet, wordt ook duidelijk dat artsen daarmee een ambigue relatie hebben. Zo stelt ruim de helft van de betrokken artsen het acceptabel te vinden als een arts huilt in het bijzijn van patiënten, maar tegelijkertijd proberen zij dit zoveel mogelijk te vermijden: “men vindt eigenlijk dat een arts in alle omstandigheden zijn gevoelens onder controle moet hebben” (p. 2444). Veel artsen die bij het onderzoek betrokken zijn, stellen huilen daarmee gelijk aan het *niet* onder controle hebben van eigen gevoelens. Men zou *wel* de controle behouden wanneer men niet huilt.

Halpern (2001) stelt dat de wijze waarop het tonen van emotie met controleverlies wordt gelijkgesteld, voortkomt uit traditionele opvattingen die te herleiden zijn naar de filosoof Descartes. Emotie werd door Descartes gezien als een onbetrouwbaar signaal dat niet in overeenstemming is met de realiteit (p. 45). De klinische setting waarin dokters te werk gaan, vraagt van hen een andere emotionele omgang dan zij privé gewend zijn. Emoties worden verborgen of getoond, afhankelijk van de context waarin zij zich voordoen. Treffend voorbeeld dat Halpern hierbij aandraagt, is de wijze waarop artsen zichzelf aanleren om het lichaam van patiënten structureel te benaderen op een wijze die ontdaan is van erotiek (p. 46). Toch stelt Halpern dat artsen niet noodzakelijkerwijs de controle hoeven te verliezen, wanneer zij open staan voor hun eigen emotionele reacties. De meeste emoties zijn in haar ogen een interpretatie van de empirie en bevatten informatie die de medische werkwijze van dienst kan zijn (p. 47). Emoties dienen echter niet zonder een inhoudelijke verkenning op waarde geschat te worden, omdat dit tot emotioneel redeneren zou kunnen leiden; interpretaties welke puur op gevoelsbasis zijn gebaseerd. Door ervaringen van emoties te verkennen en gepaard te laten gaan met reflectiviteit, kunnen artsen volgens Halpern de controle over de eigen emoties behouden (p. 49).

2.2.3 Artsen en emotie: feilloos en zelfredzaam zijn

Het maken van medische fouten is voor veel artsen een beladen onderwerp, dat een grote emotionele impact op hen kan hebben (Helmich, 2012, p. 30). Onderzoek van West et. al (2006) onder 184 artsen werkzaam in ziekenhuizen, stelt dat artsen emoties als schuld en schaamte ervaren bij het maken van fouten. Dergelijke emoties kunnen lang aanhouden, waardoor artsen zich permanent gewond voelen en gezien kunnen worden als secundaire slachtoffers van hun eigen fouten (p. 1071). Onderzoek van Waterman et. al (2007) onder

3171 medisch specialisten, stelt dat ook toegenomen angst voor het maken van fouten, het verlies van zelfvertrouwen en slaapproblemen tot de mogelijke gevolgen behoren (p. 467). Koster (2013) schrijft als longarts op persoonlijke titel, dat onder artsen het beeld leeft dat zij zelfredzaam moeten zijn: “die vinden dat ze het zelf moeten zien te redden, onfeilbaar moeten zijn, en dus geen plaats mogen inruimen voor eigen emoties. Inherent aan dit zelfbeeld is solitair zijn, eenzaamheid zelfs. ‘Een dokter vraagt geen steun, die heeft dat niet nodig.’ Een beeld dat de essentiële menselijkheid van de arts ontkent.” (p. 2452)

Halpert (2009, p. 1040) heeft als psychotherapeut vele artsen begeleid en kwam daarbij tot de ontdekking dat veel artsen zichzelf (soms onrealistisch) hoge eisen stelden, waardoor fouten en tegenvallend behandelverloop door hen opgenomen werden als hoogstpersoonlijk falen. Onder de artsen die Halpert begeleidde bleek het ‘verslaan van de dood’ met invloedrijke medische kennis een breed gedeeld verlangen te zijn waarvan men zich onbewust was: een volledige controle over het menselijk leven (2009, p. 1054). Wanneer patiënten zich geconfronteerd zien met een dodelijke ziekte, melden zij zich volgens Halpert soms met een gelijksoortig verlangen. Het verslaan van de dood kan hierdoor een gedeelde fantasie worden, met onrealistische en extreme verwachtingen tot gevolg.

2.2.4 Artsen en emotie: gescheiden werelden

In de curricula van de studie geneeskunde wordt er weinig aandacht geschonken aan emoties. Giebner (2015, p. 203) beschrijft dat aan dokters in wording wordt aangeraden om afstand in acht te nemen ten aanzien van hun patiënt. Emotie en ratio worden gezien als twee gescheiden werelden. Emotie en subjectiviteit worden toegeschreven aan patiënten en de wereld van ratio en objectiviteit behoren toe aan de arts. De contrasterende scheiding waarbij de wereld van ervaring, waarden en emotie toekomt aan de patiënt en de wereld van techniek en kennis aan de arts, laat artsen ogenschijnlijk weinig ruimte voor de beleving van emoties in de medische werkwijze: “Physicians are expert in the technical and cognitive ways that are emphasized in their training. Patients are expert in their history and experience of illness, personality, lifestyle, life setting, values, and expectations” (Roter, Frankel, Hall & Sluyter, 2006, p. 28).

Hoewel de aandacht voor emoties in de studie geneeskunde lijkt te zijn toegenomen, worden artsen niet getraind in de omgang met emoties. Guillemin (2015) beschrijft dat er binnen de curricula van studies geneeskunde steeds meer aandacht uitgaat naar emoties, maar dat de nadruk zou liggen op de *cognitieve* (kennis-)aspecten van emoties terwijl aan de *affectieve*

(gevoels-)aspecten veelal voorbij wordt gegaan. Met andere woorden: de aandacht die er is, gaat zelden of nooit uit naar wijzen waarop artsen zouden kunnen omgaan met hun emoties. Beide aspecten zijn volgens Guillemin echter evenzeer van belang voor het begrijpen en reguleren van emotie. Nieuwe generaties artsen zouden kennis over emoties opdoen, maar handvatten missen om dit in verbinding te brengen met de eigen gevoelsbeleving.

Daarnaast stelt Guillemin (2015, p. 727) dat aan emoties die ongemakkelijk of sociaal minder geaccepteerd zijn, minder aandacht geschonken wordt en dat *detachment* of afstandelijkheid door docenten nog altijd op verholde wijze als voorbeeld zou worden gesteld.

Er zijn meerdere bronnen die erop wijzen dat *detachment* in de studies geneeskunde als norm gesteld wordt. Uitgebreid literatuuronderzoek van Whitehead (2012) stelt dat onderdrukking van emoties in de studies geneeskunde wordt aangemoedigd (p. 274). Halpern (2003) stelt dat de studies geneeskunde artsen doorgaans trainen om hun nieuwsgierigheid te onderdrukken met oog op een efficiënte behandeling van patiënten. De gematigde aandacht voor emoties in de curricula van de studies geneeskunde heeft invloed op de mate waarin artsen op emotionele situaties worden toegerust. Onderzoek van Dornan, Pearson, Carson, Helmich en Bundy (2015) wijst uit dat de studies geneeskunde studenten weinig ruimte bieden voor het leren omgaan met emoties, terwijl dit een periode is die volgens hen grote invloed heeft op de manier waarop artsen in spe leren omgaan met eigen emoties.

2.2.5 Artsen en emotie: bron van kennis en zelfzorg

Uit voorgaande paragrafen wordt duidelijk dat emotie binnen de medische werkpriktijk soms wordt opgevat als iets ongemakkelijks, iets dat een reden vormt tot schaamte of verbergen.

Er bestaan echter ook opvattingen, waarin emotie in de context van de medische werkpriktijk wordt gezien als een fenomeen dat waardevolle potentie bevat en om verkenning vraagt.

In deze paragraaf zal ik kort ingaan op enkele van deze opvattingen.

Emotie als kennisbron

Bepaalde bronnen stellen dat emotie kan fungeren als bron van kennis. Marcum (2013) heeft onderzocht welke rol emoties mogelijk kunnen spelen in de klinische besluitvorming van artsen. Hoewel de rol van emoties in klinische redenering en besluitvorming omstreden blijft, beschrijft Marcum dat emoties een bron van kennis zijn voor artsen. Het herkennen, begrijpen en reguleren van emoties door artsen zelf resulteert ook in betere medische resultaten (p. 506).

In deze opvatting staat Marcum niet alleen. Jaggar (1989) laat zich op vergelijkbare wijze uit

over emoties, door te stellen dat emotie een vorm van menselijk begrip is die gelijk staat aan andere kennisvormen: “emotions are neither more basic than observation, reason or action in building theory, nor secondary to them. Each of these human faculties reflects an aspect of human knowing inseparable from the other aspects” (p. 171).

Starkey (2008) stelt dat er de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht is gekomen voor emotie als een fenomeen dat bijdraagt aan een meer volledig begrip van de realiteit, onszelf en anderen om ons heen (p. 426). Naast dit min of meer klassieke argument beschrijft Starkey andere argumenten om emotie actief te verkennen en betrekken. Veel menselijk handelen komt voort uit een emotionele motivatie (p. 429); de hevigheid waarmee plotselinge emotie zich aandient vertelt ons iets over de urgentie van de kwestie die de emotie heeft voortgebracht (p. 441). Een argument dat voor artsen in de medische werkwijze in mijn ogen zwaarwegende implicaties heeft, is de overweging dat het zowel affectief als cognitief aanwenden van emoties niet alleen een vergroot inzicht en realiteitsbegrip tot gevolg heeft, maar ook een versturende invloed van emoties op het klinische redeneren voorkomt omdat emoties bewust worden verkend en geadresseerd (p. 452).

Laatstgenoemde stelling biedt argumentatiegrond tot het betrekken van emotie en emotionele geraaktheid in de medische werkwijze, want het klassieke argument om emoties uit te sluiten is namelijk hun versturende invloed op het klinische redeneren. Het onderzoek van Starkey wijst op de tegenovergestelde mogelijkheid: door het aangaan en onderzoeken van emoties op het moment dat deze zich voordoen, kan het klinisch begrip worden vergroot en een mogelijk vertekenende invloed op de klinische redenering en besluitvoering voorkomen worden.

Emotie als zelfzorgbron

Omdat emoties structureel deel uitmaken van de medische werkwijze (Ofri, 2012, p. 98), staan artsen steeds opnieuw voor de keuze hoe zij zich daartoe willen verhouden. Wanneer een arts emotioneel geraakt wordt door schrijnende casuïstiek, veelal in situaties waar niet op te heffen psychisch of lichamelijk lijden of de dood een rol speelt (Giebner, 2015, p. 108), staan artsen voor de afweging in hoeverre eigen emoties zichtbaar mogen zijn voor anderen. Buckman (2002, p. 672), zelf oncoloog van beroep, stelt dat de emotionele sfeer in de medische werkwijze zodanig intens kan zijn dat artsen emoties uit zelfbescherming blokkeren. Het onderdrukken of verbergen van de eigen emoties noemt Frijda (2005)

defensieve uitsluiting; “een (bewuste) weigering om de inhoud of de gevolgen van gegeven informatie te verkennen, omdat deze bedreigend zou zijn als deze dringender was - dichterbij, dwingender en reëler. En dat wordt hij wanneer men erover gaat nadenken, de consequenties ervan voor ogen krijgt, zich een voorstelling vormt” (p. 453).

Toch lijkt het onderdrukken, verbergen of blokkeren van emoties op de lange termijn niet te bestendigen. Frijda (2005, p. 446) stelt dat met name op momenten wanneer een persoon de controle laat verslappen, zoals 's avonds net voor het inslapen, gedachten en beelden van de onderdrukte emotioneel indrukwekkende gebeurtenis zich kunnen opdringen. Artsen die emoties op de werkvloer verbergen of onderdrukken, worden vaker geconfronteerd met slaapproblemen en op de langere termijn met burn-out (Granek, 2012, p. 964) en posttraumatisch stress-syndroom (Ofri, 2013, p. 160). Daarnaast wordt *emotional fatigue*, ook wel emotionele uitputting voortkomend uit het verbergen en onderdrukken van de eigen emotionele reacties op de emotionele impact van de medische werkpraktijk, expliciet in verband gebracht met het ontwikkelen van alcoholafhankelijkheid (Pedersen, Sorensen, Bruun, Christensen & Vedsted, 2016) en ander middelengebruik (Oreskovich et al., 2015). Dit proces oogt wat paradoxaal: uit zelfbescherming besluiten artsen soms om de emotionele impact van hun werk buiten te sluiten, maar dit zou de omgang daarmee slechts opschorten.

Voor adequate zelfzorg lijkt de arts dus aangewezen op een actieve en openlijke omgang met eigen emoties die voortkomen uit de medische werkpraktijk. Artsen die zich emotioneel laten raken door hun patiënten ervaren hun vak niet alleen als meer betekenisvol en bevredigend, maar zijn daardoor ook minder gevoelig voor burn-out (Halpern, 2003, p. 673). Daarnaast stelt Giebner (2015) dat artsen in hun functie beter ondersteund worden als geraakt-zijn niet slechts als ongepaste kwetsbaarheid of valkuil wordt benaderd. De emotionele draagkracht van artsen zou worden versterkt als de emotionele dimensie van hun dagelijkse professionele ervaringen erkend wordt. De emoties die met geraaktheid samenhangen, zijn volgens Giebner van groot belang voor de bekwaamheid van zorgverleners en zouden om die reden meer aandacht verdienen (p. 110). Onderzoek van Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque & Barrera (2015) stelt dat het lijden en overlijden van patiënten structurele en grote impact heeft op de persoonlijke en professionele levens van kinderoncologen. Het aangaan van de eigen emoties zou artsen weerbaar houden binnen de medische praktijk (p. 134).

Behoeften rond zelfzorg

Er is niet veel bekend over de behoeften van artsen bij de omgang met eigen emoties binnen de medische werkpaktijk. Granek (2015) stelt dat voor goede zelfzorg nieuwe interventies nodig zijn om (kinder-)artsen te ondersteunen bij de emotionele impact die de medische werkpaktijk voortbrengt. Redinbaugh et al. (2003) concluderen na onderzoek onder 188 artsen binnen 2 academische ziekenhuizen, dat *debriefing* een goede interventie kan zijn bij het omgaan met de emotionele impact van het overlijden van patiënten. In dergelijke debriefing-bijeenkomsten is kort na indrukwekkende gebeurtenissen ruimte voor het delen van emotionele reacties en reflectie met collega-artsen. Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque en Barrera (2015) ontdekten dat kinderoncologen zich bij het hanteren van emoties onvoldoende toegerust voelden. De onderzoekers bepleiten het openlijk bespreken van de emotionele beleving bij rouwgevoelens om overleden patiënten, persoonlijke reflectie op de casuïstiek die emotionele impact teweeg bracht, *peer-support* en rouwgroepen als interventies om gezond te blijven onder de emotionele impact in de medische werkpaktijk (p. 141).

3. Methode

3.1 Empirisch fenomenologisch onderzoek

Maso en Smaling (2004, p. 11) stellen dat kwalitatief onderzoek bij uitstek geschikt is voor het verkennen van de betekeniswereld achter interacties, gevoelens en ervaringen. Hier ligt tevens het kennisdoel van dit afstudeeronderzoek: emotionele geraaktheid onder artsen lijkt in de literatuur voornamelijk omschreven te worden vanuit medisch-psychologisch discours (Decety & Fotopoulou, 2015, p. 2). Naar de waarden en betekenis die aan emotionele geraaktheid worden toegekend lijkt nog weinig aandacht uit te gaan. Om de betekenis die door respondenten aan emotionele geraaktheid wordt toegekend te kunnen onderzoeken, is gekozen voor fenomenologisch onderzoek. Fenomenologisch onderzoek is een vorm van kwalitatief onderzoek, waarbij de nadruk ligt op de betekenis en structuur van de geleefde ervaringen van respondenten met betrekking tot een specifiek fenomeen; in dit onderzoek ‘emotionele geraaktheid’. Middels het verkennen van de geleefde ervaringen van respondenten ontstaat informatie over de betekenissen waarmee een fenomeen omgeven is (Patton, 2002, p. 104).

Met een serie columns getiteld *A piece of my mind* brak het *Journal of the American Medical Association* een lans voor de betekenissen waarmee emoties in de medische werkprijktijk omgeven zijn. Een van de eerste columns in deze bundel werd geschreven door kinderarts Paula Krauser. Krauser (1989) beschreef een ervaring van emotionele geraaktheid en de reacties die zij van collega’s ontving op het tonen van haar emoties:

“To them, tears were intolerable and became the focus of my evaluations, overshadowing otherwise excellent case management. To me, this crying was a reaction to the constant academic pressure, the turmoil of dealing with a dying child. The unending fatigue of having to fit the image, so foreign to me, of the confident, all-knowing, always-in-charge physician. To ‘them’, my tears announced to the world that I was ill-equipped to be a physician, yet no one could point to one incident during which I had performed inadequately because of my ‘handicap’. I wasted hours wondering if they were right.” (p. 3612)

Door het verkennen van de geleefde ervaringen van artsen wordt beoogd om de kennis van emotionele geraaktheid aan te vullen. De interviews hebben een exploratief karakter: de

ervaringswereld van respondenten staat centraal en kan naar verwachting bijdragen aan een rijker begrip van dit fenomeen.

3.2 Onderzoeklocatie

Sinds 2013 ben ik als humanistisch geestelijk verzorger in opleiding verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Twee stages binnen de Dienst Levensoriëntatie & Geestelijke Verzorging², brachten mij de indruk dat artsen een intensief vak vervullen dat soms veel van hen vraagt. Bestaande samenwerkingscontacten met de Dienst Levensoriëntatie verschaften mij toegang tot de onderzoeklocatie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Dit is eveneens de gemeenschappelijke werklocatie van alle (n=12) respondenten in dit onderzoek. Vanwege deze onderzoeklocatie werden een groot aantal kinderartsen betrokken. Organisatorisch maakt het Wilhelmina Kinderziekenhuis onderdeel uit van het overkoepelende Universitair Medisch Centrum Utrecht.

3.3 Respondenten

Dit onderzoek richt zich op de doelgroep die binnen de probleemstelling centraal staat: de doelgroep artsen. Bij dit onderzoek zijn in totaal 12 respondenten betrokken. De professionele achtergrond van de respondenten concentreert zich vanwege de onderzoeklocatie rond het medisch specialisme van kindergeneeskunde: 10 respondenten zijn kinderarts en 2 respondenten hebben een snijdend specialisme. Vanwege hun achtergrond richten de twee laatstgenoemde specialisten zich, meer dan in de kindergeneeskunde, op operaties. Hoewel de interviews met laatstgenoemden nog nuancering brachten, met name in relatie tot emotionele geraaktheid in technische situaties, kwamen er geen nieuwe thema's aan het oppervlak en werd uiteindelijk theoretische verzadiging (Maso & Smaling, 2004, p. 75) bereikt.

Zowel gender als leeftijd zijn factoren die mogelijk relevant kunnen blijken bij de interpretatie van gegevens. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat gender of generatie gerelateerd blijken aan een specifieke omgangsvorm met emotionele geraaktheid. Onder respondenten is op deze gebieden dan ook een spreiding nagestreefd. Wat gender betreft is er onder respondenten een gelijke vertegenwoordiging van 6 vrouwelijke en 6 mannelijke respondenten. Ook wat leeftijd betreft is een behoorlijke spreiding vertegenwoordigd. Een overzicht van de respondenten is te vinden in tabel 1 op volgende pagina. Bepaalde informatie zoals leeftijd en sub-specialisme

² <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/In-het-ziekenhuis/Ondersteuning-en-begeleiding/Levensoriëntatie>

is bewust weggelaten of veralgemeeniseerd om de privacy van de respondenten te kunnen waarborgen.

Alle (n=12) respondenten zijn via een interne e-mail benaderd met een persoonlijke uitnodiging. De wijze waarop selectie plaatsvond varieerde: aan 4 respondenten heb ik een persoonlijke uitnodiging gestuurd op advies van een collega-geestelijk verzorger. Aan 4 andere respondenten heb ik een persoonlijke uitnodiging gestuurd op advies van een collega researchverpleegkundige werkzaam in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Tevens reageerden 2 respondenten op een algemene uitnodiging die ik per mail stuurde naar de afdeling waaraan zij werkzaam waren. Op mijn initiatief is 1 respondent benaderd vanwege een bestaande samenwerkingsrelatie en 1 respondent is uitgenodigd nadat deze werd aangedragen door een reeds betrokken respondent; dit staat ook wel bekend als de sneeuwbalmethode (Evers, 2007).

#	Respondent	Geslacht	Leeftijd	Specialisme	Benaderingswijze
1	R1V	V	*	Kinderarts	via geestelijk verzorger
2	R2M	M	*	Kinderarts	via uitnodiging naar afdeling
3	R3M	M	*	Kinderarts	via uitnodiging naar afdeling
4	R4M	M	*	Kinderarts	via researchverpleegkundige
5	R5V	V	*	Kinderarts	via researchverpleegkundige
6	R6V	V	*	Kinderarts	via geestelijk verzorger
7	R7M	M	*	Kinderarts	via researchverpleegkundige
8	R8V	V	*	Kinderarts	via voordracht respondent
9	R9M	M	*	Kinderarts	via researchverpleegkundige
10	R10V	V	*	Kinderarts	via geestelijk verzorger
11	R11V	V	*	Snijddend	via geestelijk verzorger
12	R12M	M	*	Snijddend	op initiatief onderzoeker

Tabel 1: Schematische weergave van de demografische gegevens van de betrokken respondenten.

In verband met de privacy van de respondenten is het specialisme veralgemeeniseerd en de leeftijd weggelaten; bekend bij onderzoeker.

3.4 Dataverzameling

De ervaringen van de betrokken artsen zijn verzameld middels 12 semigestructureerde *face to face* interviews. Een vooraf opgestelde topiclijst fungeerde daarin als een thematische

leidraad. Hierbij werd een zekere mate van inhoudelijke generaliseerbaarheid nagestreefd: zolang er binnen de interviews nieuwe thema's aan de orde kwamen, werden er verdere interviews ondernomen. Naarmate het aantal afgenomen interviews vorderde, ontstond er theoretische verzadiging (Maso & Smaling, 2004, p.75) binnen de verzamelde gegevens.

3.5 Dataverwerking en analysemethode

Na het afnemen van interviews bij alle (n=12) betrokken respondenten, ben ik overgegaan tot de dataverwerking- en analyse. Ieder interview is met expliciete toestemming van de respondent opgenomen op een digitale memorecorder. Iedere opname is kort na afloop van het interview *verbatim*, dat wil zeggen letterlijk woord voor woord, uitgewerkt. Voor de uitwerking is gebruik gemaakt van twee software programma's: voor het vertraagd afspelen van opnamen werd gebruik gemaakt van *Audacity*³, waar voor de tekstuele uitwerking *Notepad* is gebruikt.

Nadat ieder interview in *Notepad* is verwerkt tot een tekstbestand, ben ik overgegaan tot het coderen van de onderzoekdata. Voor de datacodering is gebruik gemaakt van het programma Atlas.Ti (versie 7.5.11) waarin bij aanvang alle 12 tekstbestanden zijn ingeladen als *primary document*. De data-analyse kreeg naar de benadering van Boeije (2014, p. 111) vorm in 3 coderingsfasen; het open coderen (fase 1), het axiaal coderen (fase 2) en selectieve codering (fase 3).

De coderingsfasen vullen elkaar aan. Bij open codering worden tekstfragmenten op inductieve wijze van open codes voorzien. Dit resulteert in een codeboom (Boeije, 2014, p. 127) waarin de eerste grove thema's zich tonen. Tijdens axiaal codering wordt verdere structuur aangebracht aan de codes en thema's die in de voorgaande coderingsfase zijn opgedaan. Er worden code-families aangemaakt en omschreven om samenhangende codes te thematiseren. Tevens wordt stilgestaan bij de wijze waarop code-families zich tot elkaar verhouden. In de derde en laatste coderingsfase, het selectief coderen, heb ik de meest terugkerende onderwerpen vastgesteld en belangrijke bevindingen uit de onderzoekdata gerelateerd aan de onderzoeksvragen (2014, p. 134). Door ook aan onverwachte thema's afzonderlijke codes toe te wijzen, is tevens aandacht uitgegaan naar resultaten die niet verwacht waren (2014, p. 135). De volledige codestructuur is als bijlage 3 (p. 83) aan dit afstudeeronderzoek toegevoegd.

³ Voor verdere informatie over het programma Audacity, zie <https://sourceforge.net/projects/audacity/>

3.6 Operationalisering

Hoewel de definities van de voornaamste begrippen reeds zijn beschreven in paragraaf 2.1, zal ik enkele centrale begrippen hier nogmaals kort toelichten.

Voor het begrip van ‘emotie’ wordt in beginsel de brede definitie van het Nederlands woordenboek Van Dale⁴ gevolgd: “aandoening van het gemoed; (plotselinge) ontroering”. Bij het begrip ‘emotionele geraaktheid’ wordt de definitie van Decety en Fotopoulou (2015) aangehouden; een “affectie die opkomt wanneer men zich verbonden voelt met- en zich herkent in de emotie van een andere persoon” (p. 2).

Onder ‘medische werkpaktijk’ wordt in dit onderzoek de context van het (kinder-)ziekenhuis verstaan, voortvloeiend uit het Wilhelmina Kinderziekenhuis als specifieke onderzoeklocatie. Met het begrip ‘medische werkpaktijk’ wordt in meer neutrale zin bedoeld op ‘de organisatie of de locatie waarin een arts werkt en handelt’. De definitie van dit begrip is daarmee context-specifiek en verschilt per specialisme. De medische werkpaktijk van een tropenarts en een kinderarts vinden in een totaal andere context plaats en kennen als gevolg daarvan verschillen.

3.7 Betrouwbaarheid en validiteit

In deze paragraaf gaat aandacht uit naar de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Betrouwbaarheid

Volgens Boeije (2014) ligt het belang van betrouwbaarheid binnen kwalitatief onderzoek in de norm dat waarneming zo min mogelijk moet worden beïnvloed door toevallige fouten (p. 150). Als onderzoeker word ik geacht openheid te geven over mijn dataverzamelmethode, meetinstrumenten en de beslissingen die ik daaromheen genomen heb (p. 153).

Aangezien wenselijke antwoorden binnen interviews regelmatig voorkomen (Evers, 2007) is het denkbaar dat enkele respondenten tijdens interviews sociaal wenselijke antwoorden gaven, bijvoorbeeld omdat zij zich als een betrokken professional wilden positioneren in het licht van het centrale onderzoeksthema. Tijdens de interviews hebben zich geen signalen voorgedaan die dit deden vermoeden. Wel lieten respondenten zich soms in verhullende termen uit over de wijze waarop zij emoties en emotionele geraaktheid in de medische werkpaktijk bezagen. Op dergelijke momenten heb ik verduidelijking gevraagd over de achterliggende betekenis van de uitspraak die men deed.

⁴ Geraadpleegd op 8 maart 2016, locatie <http://vandale.nl/opzoeken?pattern=emotie&lang=nn#.Vt8IH7n2YdU>.

Validiteit

Het begrip validiteit wordt in wetenschappelijk onderzoek doorgaans opgevat als “meten wat we beogen te meten” (Boeije, 2014, p. 150). Een zuivere interpretatie en een kritische omgang met elk mogelijk vertekenende factor is van groot belang, omdat ik als onderzoeker in contact sta met de wereld die ik geacht word objectief te verkennen.

Maso en Smaling (2004) maken onderscheid tussen interne en externe validiteit, waarbij de interne validiteit betrekking heeft op de argumentatie en redenering binnen het onderzoek en de externe validiteit een indicator is van de mate waarin onderzoek te generaliseren is.

Enkele maatregelen zijn aangewend om de *interne validiteit* van dit onderzoek te verhogen. Allereerst heb ik getracht om tijdens de interviews dicht bij de geleefde ervaringen van de respondenten te blijven. Doordat ik hen als onderzoeker vroeg naar de betekenis van bepaalde uitspraken, kon ik mijn eigen aannames in de interpretatie enigszins reduceren.

Tijdens interviews met respondenten plaatste ik mij als onderzoeker in een positie van niet-weten, hetgeen overigens iets anders is dan onwetendheid. Mijn eigen ervaringen heb ik als onderzoeker tijdelijk opzij gezet, ook wel bekend als *bracketing* (Evers, 2007, p. 37). Een dergelijk ‘tussen haakjes plaatsen’ van de eigen ervaringen door onderzoekers, wordt door Kleinlugtenbeld (2010, p. 3) toegeschreven aan een typisch socratische gesprekshouding. Een grondhouding van niet-weten maakt het in zijn ogen mogelijk om je tijdens gesprekken te verplaatsen in- en recht te doen aan de ervaring van anderen. Tevens heb ik als onderzoeker zogeheten *fieldnotes* bijgehouden, waarin ik reflecteerde op tussentijdse methodologische en theoretische overwegingen. Met deze aantekeningen had ik een basis om afwegingen in relatie tot dit onderzoek met mijn afstudeerbegeleiders te bespreken. De begeleider en meelezers die bij dit onderzoek betrokken zijn, hebben structureel feedback geleverd op de vorderingen in dit onderzoek. Ook dit is een maatregel die de interne validiteit van dit onderzoek verhoogt.

De mate waarin dit empirisch fenomenologisch onderzoek *externe validiteit* kent is beperkt, ondanks het feit er onder betrokken respondenten een gelijke verdeling van gender en een behoorlijke spreiding van leeftijd is vertegenwoordigd. Een belangrijke reden hierachter is de beperkte variatie in medische specialismen onder respondenten: 10 van de 12 respondenten zijn kinderarts van specialisme. De bevindingen van dit onderzoek zijn niet zondermeer te generaliseren naar iedere werkzame arts in de medische werkpraktijk; wél zeggen de bevindingen iets over de thema’s waarmee ervaringen van emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk, met name onder kinderartsen, omgeven zijn.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten besproken in lijn met de gestelde deelvragen zoals genoemd in paragraaf 1.4. Iedere deelvraag wordt in een aparte paragraaf behandeld.

Paragraaf 4.1 gaat in op de eerste deelvraag: ‘In welke situaties worden artsen emotioneel geraakt?’. De resultaten worden behandeld in vier sub-paragrafen die deze situaties vertegenwoordigen: relationele situaties die betrekking hebben op de patiënten (4.1.1), relationele situaties die betrekking hebben op artsen zelf (4.1.2), technische situaties waar medisch-technische fouten en het actorschap van artsen centraal staat (4.1.3) en situaties waar artsen aangeklaagd worden en zelftwijfel wordt ervaren (4.1.4).

Paragraaf 4.2 gaat in op de tweede deelvraag: ‘Op welke wijze geven artsen uiting aan emotionele geraaktheid?’.

Paragraaf 4.3 gaat in op de derde deelvraag: ‘Welke gevolgen heeft emotionele geraaktheid voor het handelen van artsen?’. De gevolgen worden apart besproken in drie sub-paragrafen. De gevolgen voor het handelen van artsen zijn er op relationeel gebied tijdens het contact met patiënten (4.3.1), op technisch gebied tijdens het medisch-technisch handelen (4.3.2). Tot slot vertellen enkele artsen dat emotionele geraaktheid gevolgen heeft voor hun handelen, doordat zij emotionele geraaktheid ervaren en inzetten als een informatiebron (4.3.3).

Paragraaf 4.4 gaat in op de vierde en laatste deelvraag: ‘Welke behoeften hebben artsen bij het omgaan met emotionele geraaktheid?’. De respondenten noemen behoeften in relatie tot hun collega’s en team (4.4.1), in relatie tot de privésituatie (4.4.2) en in relatie tot toerusting, de studie geneeskunde en opleiding tot medisch specialist (4.4.3).

In de resultaten wordt geregeld gesproken over schouwende- en snijdende specialismen. Dit doe ik om het verschillend karakter van deze specialismen te expliciteren. Onder de snijdende (sub-)specialismen worden die respondenten verstaan, waar technische ingrepen of operaties een belangrijk deel van hun functie uitmaken. Deze respondenten zijn doorgaans werkzaam op afdelingen die meer acute zorg bieden en waar technische situaties op de voorgrond staan. Onder schouwende (sub-)specialismen worden de respondenten verstaan die meer werken op afdelingen die chronische zorg bieden en waar de relationele situaties meer op de voorgrond staan. De (sub-)specialismen van de respondenten worden niet nader gespecificeerd, om de anonimiteit van de respondenten te kunnen garanderen.

4.1 Situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden

Alle respondenten geven aan dat zij momenten kennen waarin zij emotioneel geraakt worden binnen de medische werkpraktijk. De situaties waarin dit gebeurt verschillen; vanwege het uiteenlopende karakter van de werkpraktijk waarin de artsen werkzaam zijn, maar ook omdat er verschillende redenen zijn waarom situaties hen emotioneel kunnen raken. Artsen worden emotioneel geraakt in *relationele situaties* (sub-paragraaf 4.1.1 en 4.1.2) en in *technische situaties* (sub-paragraaf 4.1.3 en 4.1.4). Deze vier sub-paragrafen beginnen steeds met een inleidend overzicht van de specifieke resultaten die daarin besproken worden.

Relationele situaties

Bij relationele situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden, bestaat onderscheid tussen relationele situaties die betrekking hebben op de patiënt (4.1.1) en relationele situaties die betrekking hebben op de arts (4.1.2). Relationele situaties die betrekking hebben op de patiënt (4.1.1) zijn de meer traditionele situaties die gaan over het lijden van patiënten; emotionele geraaktheid komt doorgaans voort uit het aanzien en meebelevan van dit lijden. Soms speelt het gehecht zijn van de arts aan de patiënt een rol; bij de langdurige begeleiding van een patiënt of bij het overlijden van patiënten die men lange tijd heeft begeleid.

Relationele situaties die betrekking hebben op de arts (4.1.2) ontstaan wanneer artsen het leed van patiënten meer op zichzelf, de eigen privésituatie of naasten betrekken.

Technische situaties

Bij technische situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden bestaat onderscheid tussen situaties rond het aandoen van lijden en het actorschap van de arts (4.1.3) en situaties waarin artsen door patiënten worden aangeklaagd en zelftwijfel ervaren (4.1.4). Het ervaren van emotionele geraaktheid in technische situaties komt voornamelijk voor bij respondenten met een snijdend (sub-)specialisme.

In de technische situaties rond het actorschap van artsen (4.1.3) staat het maken van medisch-technische fouten centraal. De respondenten willen zorgvuldig medisch-technisch handelen, maar maken soms toch beslissingen die achteraf gezien niet altijd de beste bleken. Die fouten leveren hen wel de inzichten en leercurve op die zij nodig hebben om nauwkeuriger te kunnen handelen en om beter te worden in hun werk.

In de technische situaties rond een aanklacht en zelftwijfel ervaren (4.1.4) staat laakbaarheid van het handelen centraal. De respondenten vertellen niet veel zekerheden te hebben in hun werk, waardoor aangeklaagd worden diepe onzekerheid teweeg brengt over alles dat zij voor

zeker hielden. Volgens enkele respondenten zou het doorlopend streven naar foutenreductie in de medische werkpraktijk de beladenheid van het feilbaar handelen nog meer verergeren.

4.1.1 Relationale situaties: lijden aanzien en meebeleven

In deze sub-paragraaf bespreek ik de resultaten die samenhangen met relationele situaties die artsen emotioneel raken. Het gaat hier specifiek om het *aanzien en meebeleven* van het (over-)lijden van patiënten. Artsen zien zich met deze situaties geconfronteerd in de dagelijkse zorg voor patiënten die zij slechts enkele keren hebben ontmoet, maar ook in situaties waar zij al langere tijd met de patiënt optrekken. Emotionele geraaktheid door het aanzien van lijden bij patiënten die artsen nauwelijks kennen, komt voort uit inlevingsvermogen of empathie. Artsen zouden de patiënt dan iets beters toewensen dan de actuele situatie waarin zij zich bevinden.

R4M: *Of dat het dat meisje is, die gisteren 17 jaar oud met taaislijmziekte voor mij zit en met tranen in haar ogen vertelt dat ze zich nu zo benauwd voelt dat ze niet meer kan volleyballen. Dat is natuurlijk een totaal andere dimensie maar het blijft...dat blijft mij emotioneel raken.*

Na verloop van tijd: gehecht raken

Artsen vertellen dat het lijden van patiënten hen emotioneel heviger raakt, wanneer zij de patiënt (en diens ouders, wanneer de patiënt een kind is) al langere tijd kennen. Er ontstaat een band, waardoor de behandelrelatie een persoonlijk karakter krijgt en artsen een grotere mate van emotionele betrokkenheid ervaren. De vergrote emotionele betrokkenheid die volgt wanneer artsen hun patiënten leren kennen, maakt dat artsen zich het lot van de patiënt meer aantrekken. Er is vaak ook een gezamenlijke strijd geleverd; artsen spreken met woorden als ‘geknopt’ en ‘gevochten’.

R8V: *Die mensen kende ik al een half jaar. Ik kende heel dat gezin, ik wist bij wijze van spreken bijna alle ins en outs daarvan. En ook dat mannetje daarvan. En dan raakt dat je natuurlijk op een andere manier dan dat je dat hebt met mensen die je totaal niet kent, wat op een andere manier raakt. Ik kan het niet beter uitleggen dan dit.*

R7M: *En ik weet dat het soms echt heel erg uitmaakte hoe lang je betrokken was bij iemand. Met sommige kinderen had je echt een band, want die lagen daar weken of die lagen daar soms zelfs maanden. En dat je je uiterste best aan het doen bent, en als dan uiteindelijk toch iemand overlijdt. Dan komt dat héél heftig binnen.*

De hechting aan patiënten betekent soms dat artsen intense ervaringen opdoen. Respondent R5V heeft ervaringen met jarenlange behandelrelaties en vertelt dat zij het overlijden van een patiënt als een gezamenlijk verlies kan ervaren. Niet alleen de ouders, maar ook zijzelf verliest dan een kind.

Aanzien van lijden doseren

Artsen vinden het belangrijk om invloed uit te oefenen op de mate waarin zij lijden toelaten: zij willen ervoor waken om niet overspoeld te worden door het lijden van patiënten. De mate waarin artsen 'lijden aanzien' wordt dus beïnvloedt door de mate waarin zij dit zelf toelaten. Er is in hun ogen dagelijks lijden dat structureel en afdelingsspecifiek genoemd kan worden. Vaak is dit lijden dat samenhangt met het karakter van de afdeling en de reden van opname. Artsen proberen zich niet keer op keer bewust te hoeven zijn van dit dagelijkse lijden dat op de afdelingen plaatsvindt, door dit te negeren of op de werkroutine terug te grijpen. Ruim de helft van de respondenten vindt professionele distantie belangrijk om hun werk te kunnen doen. Daarbij vinden zij het nodig om zich enigszins af sluiten voor het lijden van patiënten.

In de werkpraktijk van kinderartsen gaat dit bijvoorbeeld over kinderen die beperkt zijn in hun vrijheid, kinderen die niet met vriendjes kunnen spelen of niet kunnen sporten. Binnen de werkpraktijk van snijdend specialisten gaat het over patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. Deze artsen ervaren dat zij hun werk niet goed kunnen doen, als zij zich emotioneel zouden laten raken in iedere situatie waar dit leed zich in hun werkpraktijk voordoet. De respondenten vertellen dat zij zich hier voor soms afsluiten, of het voor zichzelf 'observeren en vervolgens parkeren' (R2M). Artsen doen dit omdat zij willen proberen om de emotionele impact van de medische werkpraktijk voor zichzelf te doseren. Je 'bouwt voor jezelf een coping-strategie op, waardoor je het volhoudt' (R3M).

R5V: Omdat je gewoonweg niet ál dat leed, al dat verdriet, tot in je poriën bij iedere keer kunt voelen en meenemen.

Artsen vinden dit nodig omdat de confrontatie met alle leed anders dusdanig veel aandacht en energie van hen zou vragen, dat zij hun werk niet meer kunnen doen. In de eerste plaats vormt dat een belemmering voor het medisch-technisch werk dat moet gebeuren. Maar artsen vinden ook dat het leed een te grote persoonlijke belasting voor hen zou vormen terwijl zij een plicht voelen om thuis ook nog iets waard te kunnen zijn naar de partner en/of het gezin toe.

R12M: *Kijk als ik hevig geëmotioneerd ben door elke patiënt die hoort dat 'ie doodgaat, ja dan kom ik gesloopt thuis. Dat kan ik natuurlijk niet maken. Dan houdt het heel snel op.*

Artsen staan daardoor voor de uitdaging om doorlopend te balanceren tussen het toelaten van lijden en het uitsluiten van lijden. Respondent R11V vertelt dat zij het structurele leed in haar werk iets vindt om zich 'tegen te wapenen'. Dit doet zij bijvoorbeeld door een meer zakelijke benadering te kiezen, of zich vooral te richten op het zorgproces van de patiënt. Zij geeft aan patiënten weliswaar ruimte om in gesprek hun emoties te uiten, maar zichzelf kiest er dan voor om zich 'toch een beetje te verschuilen achter de witte jas'.

R7M: *En ik weet bij een patiënt, dat was ook op de intensive care, die daar echt al maanden had gelegen, en dat ik met die ouders ook met name een goede band had, en dat ik daar toen ook naar de uitvaart bent geweest. Maar dat heeft zo'n emotionele impact als je ineens los van het ziekenhuis op zo'n crematie bent. En je ziet ineens die ouders te midden van die familie, en het verdriet wat natuurlijk immens is. Weet je dan ben je gewoon een week lang uit je doen; dat heeft zo'n enorme impact op jezelf dat eh...ik heb dat sindsdien niet meer gedaan.*

Anticiperend emotioneel geraakt: overlijden na een lang ziekteproces

In de meeste gevallen worden respondenten vrij onverwachts emotioneel geraakt, maar in situaties rond een naderende dood, ondervinden artsen emotionele geraaktheid waar zij al op hebben kunnen 'voorsorteren'. In deze situaties worden artsen weliswaar emotioneel geraakt, maar hebben zij al kunnen zien aankomen dat een situatie emoties bij hen zal gaan oproepen. De meeste respondenten zien de begeleiding tijdens het overlijden van patiënten, ook wel stervensbegeleiding genoemd, als een onderdeel van het werk. Niet iedere arts maakt het onderwerp van de dood en het eindigen van de behandeling even gemakkelijk bespreekbaar, maar wél vindt iedere arts dit belangrijk. Er zijn bepaalde artsen die dit thema liever oppakken dan anderen, waardoor dit in het teamoverleg onderling wordt afgestemd.

Overlijden zien artsen als iets dat gezien de omstandigheden ook een goede ontwikkeling kan zijn voor een patiënt, met name bij chronisch zieken waar in aanloop naar het sterven al veel lijden en afscheid heeft plaatsgevonden. Aangezien de kwaliteit van leven van patiënten met chronische ziekten gaandeweg de behandeling al is afgenomen, belanden arts en patiënt soms op een punt waar men concludeert dat er geen behandeling meer mogelijk is. In dergelijke situaties wordt de dood soms als iets onvermijdelijks gezien: 'er is gewoon niets meer te halen' (R5V). In samenspraak met ouders wordt dan meestal besloten dat 'dit geen zinvol

leven meer is'. Deze situaties brengen emotionele geraaktheid voort, maar komen geleidelijk. De dood wordt door artsen dan soms als verlossing ervaren: er komt een einde aan het lijden.

R9M: En ik denk dan; daar is al emotioneel heel veel afscheid geweest gaandeweg, bij die mensen. Dus dat ligt niet in dat ene moment vast. Naast een bepaalde 'saviour' [verlossing] van dat moment. Snap je en dan...als je bij zo'n soort sterfgeval bent geweest kan het zelfs iets moois hebben met elkaar, om iemand los te laten. Ehm...ja, dat het lijden stopt.

Een kleinere groep van 3 artsen ziet het als een voorrecht om zich met de stervensbegeleiding van patiënten bezig te houden. Zij noemen de intieme sfeer en een betekenisvol traject naar de dood toe, als redenen waarom zij dit graag doen. Wanneer een patiënt van hen dreigt te gaan overlijden, besluiten zij soms langer op het werk te blijven omdat zij het belangrijk vinden om de patiënt (het kind) en ouders daar persoonlijk bij te begeleiden. Tijdens stervensbegeleiding wordt door artsen op de naderende dood geanticipeerd. In deze situaties zien artsen aankomen dat zij soms emotioneel geraakt worden en stellen zij zich daar bewust voor open. De respondenten vertellen dat zij in deze situaties afsluiting ervaren en op een 'mooie manier' emotioneel worden geraakt.

4.1.2 Relationale situaties: identificatie, confrontatie, projectie

In deze tweede sub-paragraaf bespreek ik emotionele geraaktheid in relationele situaties die door de arts worden betrokken op de eigen privésituatie, zoals op zichzelf, de eigen partner, kinderen of vrienden. De hevigheid waarmee artsen emotioneel geraakt worden in zorgrelaties varieert qua intensiteit. Er valt een onderscheid te maken tussen identificatie, confrontatie en projectie. Identificatie zorgt ervoor dat artsen zich door gelijkenissen sneller en gemakkelijker openstellen voor de patiënt en zich het lot van deze patiënten meer aantrekken. Confrontatie maakt dat artsen zich realiseren dat de kwetsbaarheden van patiënten ook op henzelf van toepassing kunnen zijn. Projectie is het meest hevig en plotseling van deze drie situaties; dit doet zich voor in situaties waar de (acute) levensbedreiging van een patiënt resulteert in vrees voor de eigen kinderen. Situaties van projectie vallen bij de respondenten veel samen met het ouderschap en resulteren in hevige emoties en controleverlies. Driekwart van de respondenten stelt dat zij emotioneel geraakt worden in situaties van identificatie, confrontatie of projectie.

Identificatie: net als ik

Artsen kunnen zich met patiënten identificeren wanneer zij gelijkenissen zien in diens sociale

achtergrond of gezinssituatie. Met deze patiënten ervaren artsen gemakkelijker ‘een klik’, het contact tussen arts en patiënt loopt gemakkelijk en natuurlijk. Artsen geven aan dat dergelijke patiënten evengoed vrienden van hen hadden kunnen zijn. De identificatie met patiënten kan tot gevolg hebben dat artsen zich het lot van deze patiënten meer aantrekken.

***R6V:** Soms herken je jezelf in ouders. Of het zouden vrienden van je kunnen zijn. En dat raakt mij ook meer, dan als het mensen zijn waar ik helemaal geen band mee heb. Dit zijn leuke mensen, gatverdarrige.*

Omdat artsen bij de identificatie met patiënten gelijkenissen ervaren tussen de patiënt en henzelf, blijken zij sneller met hen begaan te zijn. Vrijwel alle artsen die hierover spreken, vinden het belangrijk om daarbij de aantekening te maken dat dit nooit van invloed is op de kwaliteit van de zorg die patiënten van hen ontvangen. Het is voor artsen echter makkelijker om zich tot de patiënt te verhouden, ‘omdat die ouders op jouw ouders lijken. Of omdat het op je nichtje of op je neefje lijkt. Of op je eigen kind’ (R7M). Door projectie ervaren artsen eerder emotionele geraaktheid, omdat zij zich het lot van deze patiënten meer aantrekken.

Confrontatie: universele kwetsbaarheid

Soms werkt de kwetsbaarheid van patiënten voor artsen als een spiegel voor de menselijke kwetsbaarheid. Met name in situaties waar de oorzaak van het lijden niet vermijdbaar was geweest; een patiënt die door een bus geschept wordt of een kind dat heel zorgzame ouders heeft, maar verdrinkt in een vijver omdat het tuinhekje even open stond. In deze situaties beseffen artsen dat er geen enkele reden is waarom iets dergelijks hen niet zou overkomen. Op dergelijke momenten worden zij zich bewust van de universaliteit van menselijk lijden en van de diepe kwetsbaarheid die samengaat met menselijk leven. Kwetsbaarheid die ook voor hen zelf en hun geliefden opgaat.

***R3M:** [een neuro-trauma] kan misschien ook iedereen overkomen. Ik bedoel, straks fiets ik naar huis en gebeurt het mij. Dus dan komt het veel dichterbij dan iemand die een maligniteit heeft zoals die andere jongen, en die al eindeloos behandeling heeft en waarvan je een beetje aan ziet komen van: ja weet je, dit is wel een hele ernstige onderliggende ziekte. En daar hoort bij dat het af en toe niet goed met je afloopt, dat is geen verrassing.*

Door de confrontatie met lijden bij mensen in de meest uiteenlopende situaties, onder wie mensen met een achtergrond als zichzelf, worden artsen zich bewust van de totale willekeur waarmee lijden en overlijden zich soms voordoet. Op dergelijke momenten lijken artsen in de

spiegel te kijken. De medische werkwijze confronteert hen op dat moment met menselijke kwetsbaarheden die ook op artsen zelf van toepassing zijn.

R9M: *Het was een paar jaar oude prachtige blondharige peuter, met goed opgeleide ouders die heel zorgzaam zijn voor hun kind. En op een of andere manier heeft het tuinhokje toch open gestaan, terwijl ze hem altijd netjes dicht deden. En daarachter zat een sloot, en daar verzoop die in. En ik had thuis ook zo'n blonde peuter rond waggelen, dus dan zie je daar die ouders ontredderd bij dat bed. Dat plaatje. En dan denk je: wauw, wat is het leven weinig verwijderd van ontredderd bij een bed zitten. Dus dat is dat plaatje wat indruk gaf. En dat gesprek met die ouders, je ziet hun vertwijfeling: mijn god, hoe kan ons dit nou overkomen?! Misschien is die vraag wel, wat bij mij binnendrong. Dat ik denk van ja, als je daar geen antwoord op kan geven, dan kan ik ook niet vertellen waarom het bij mij niet zou gebeuren.*

Projectie: ouderschap

Verschillende artsen beschrijven ervaringen waarin zij min of meer overvallen werden doordat emotionele geraaktheid zich voordeed op het moment dat de kwetsbaarheid van een patiënt plotseling in verbinding kwam te staan met de eigen privéwereld (kinderen, partner). Tijdens dergelijke ervaringen van projectie betrekken artsen het leed dat zij zien acuut op de eigen kinderen of partner en ervaren vrees dat hen iets overkomt. Opvallend is dat artsen in deze ervaringen weinig controle ervaren. Ze betreden de beleving van de arts en lijken soms een verlamdend effect op hen te hebben. Met name kinderartsen vertellen dat het krijgen van kinderen en het eigen ouderschap ervaringen met projectie bracht, tijdens het functioneren in de medische werkwijze. Situaties waarin de patiënt (het kind) gelijkenissen heeft met de eigen kinderen van artsen, worden nadrukkelijk in verband gebracht met projectie. De hevige emoties die artsen op dergelijke momenten ervaren kunnen de regie van artsen flink op de proef stellen; het grijpt artsen naar de keel.

R4M: *In [jaartal] werd mijn eerste kind geboren. En eh...vanaf dat moment merk je, dat dat niet meer helemaal lukt. Dat je toch af en toe. Ik heb letterlijk meegemaakt dat ik de intensive care op liep en ik zag daar letterlijk mijn eigen kind in bed liggen. Letterlijk in de zin van, hij lag er niet maar: jongetje, blauwe ogen, blond haar, krulletjes, et cetera. Daar ligt 'ie.*

R6V: *Maar ik weet heel goed nog inderdaad, ik heb toen in Den Haag tijdens mijn perifere stage een 34-weker gereanimeerd die een sepsis had. Maar toen was mijn vrouw 34 weken*

zwanger; ja dat komt ook binnen. Dus die heb ik huilend staan reanimeren, want ik dacht ja: '34-wekers gaan niet dood! Ik krijg er een! Die van mij!' He? Dat raakt je dan.

Emotionele geraaktheid in situaties van projectie is zodanig indringend dat artsen het moeilijk vinden om deze te onderdrukken tijdens het medisch technisch handelen. Dit maakt deze specifieke vorm van emotionele geraaktheid voor sommige artsen problematisch: door het invasieve, binnendringende karakter vinden zij deze lastig te verenigen met goed medisch-technisch handelen. Artsen zouden emotionele geraaktheid in situaties van projectie liever onderdrukken omdat dit hun medisch-technisch handelen kan beïnvloeden. Toch blijkt uit de ervaringen van de respondenten dat het onderdrukken ervan niet altijd lukt.

4.1.3 Technische situaties: lijden aandoen en actorschap

In deze derde sub-paragraaf (4.1.3) bespreek ik emotionele geraaktheid die ontstaat in acute situaties waarin veel afhangt van het medisch-technisch handelen van de arts. Deze ervaringen komen met name voor bij respondenten met snijdende (sub-)specialismen die werkzaam zijn op afdelingen waar het technisch handelen van artsen op de voorgrond staat.

Het technisch handelen van artsen kan grote invloed hebben op het herstel van hun patiënten. Een gevolg van deze invloed is dat artsen een mate van actorschap (ook wel *agency*) dragen, met betrekking tot de kwaliteit van leven van de patiënten die bij hen in behandeling zijn.

Wanneer een technische ingreep of operatie van een patiënt slechter verloopt dan gehoopt, kan dit een verregaande invloed hebben op de levens van de betrokken patiënten. De artsen in dit onderzoek ervaren veel persoonlijke verantwoordelijkheid bij het handelen in de medische werkpraktijk. Bij tegenvallend behandelverloop dringen zich regelmatig vragen bij hen op over de juistheid van hun handelen: wat had ik anders kunnen doen, beter kunnen doen, om deze acute casus anders af te laten lopen? Wanneer het overlijden van een patiënt onder de eigen handen van artsen plaatsvindt, maakt het voor henzelf alle verschil of dit vermijdbaar zou zijn geweest. Als het verloop van een medisch-technische ingreep bij iedere andere collega vergelijkbaar zou zijn geweest, ervaren artsen wel emotionele geraaktheid maar geen schuldvraag omdat zij weten dat het verloop bij iedere andere collega gelijk zou zijn geweest.

R6V: *Je hebt gewoon situaties waarin jouw handelingen onderscheidend zijn tussen leven en dood. En daarvan wil je dat jij als dokter met een schoon geweten kan zeggen van: 'nou, ik heb mijn stinkende best gedaan, ik heb gehandeld volgens de laatste richtlijnen. En dat het zo is gelopen, wie er ook anders had gestaan, het had niet anders afgelopen'.*

Leren en fouten maken

De artsen in dit onderzoek zijn zich bewust van de invloed die hun handelen op het leven van patiënten kan hebben. Bij een tegenvallend verloop van een technische ingreep kijken artsen terug op hun handelen en zijn daarbij erg kritisch naar zichzelf. Enkele respondenten vertellen dat de praktijk van een opleidingsziekenhuis beladen kan zijn, omdat oefenen en beter worden in technische ingrepen gepaard gaat met schade aan mensen. Medisch-technische ervaring kan alleen opgebouwd worden door het opdoen van ervaring. Omdat het maken van fouten aan de basis ligt van het opdoen van hun ervaring, ervaren artsen daarbij soms een schuldvraag: in hoeverre heb ik de patiënt lijden aangedaan?

R7M: Ja...iemand is natuurlijk bij jou voor de beste zorg. En er zijn dingen die je...met alle goede wil van de wereld niet kunt voorkomen. Maar er zijn ook dingen die je...eh...ja pas achteraf inziet. En dan denk je van: had ik dit nou van tevoren kunnen zien. Of had ik maar dit en dit gedaan, dan was het misschien niet zo erg geweest. En dat is wel eh...dat is zeker, met name die momenten, dat zijn wel dingen die je niet zomaar van je af laat glijden.

De respondenten met een snijdend (sub-)specialisme staan voor de uitdaging om een balans te vinden tussen bewustzijn van de eigen feilbaarheid en het behouden van zelfverzekerdheid en controle. Zij geven aan dat het ervaren van controle een van de fundamenteën is van het meer technische werk: soms betekent dit dat zij zichzelf een illusie van zekerheid voorhouden om vastbesloten en moedig te kunnen blijven in hun functioneren.

R12M: Maar er zijn mensen in nood, en wij zijn natuurlijk een soort helden die die mensen gaan redden. En als je jezelf heel erg gaat zien als 'ook maar een feilbaar mens' die van allerlei dingen fout doet en weet ik veel wat. Dan heb je eigenlijk niet...de mentaliteit om te denken van nou eh; 'kom maar op, ik snij je hoofd open en ik haal alles eruit' en eh... Want als je helemaal normaal bent ga je natuurlijk niet in iemands hoofd lopen zagen.

Onder de respondenten wordt emotionele geraaktheid ervaren bij zowel 'vermijdbare' als 'onvermijdbare' fouten. De onderliggende thema's verschillen echter. Bij vermijdbare fouten ligt de nadruk op schuldgevoelens, terwijl artsen bij onvermijdbare fouten voornamelijk controleverlies en machteloosheid ervaren.

Vermijdbare "persoonlijke" fouten: schuldgevoel

Wanneer artsen een fout maken waarvan zij zelf vinden dat deze te vermijden was geweest, dienen zich schuldgevoelens bij hen aan. Het persoonlijke verantwoordelijkheidsgevoel, de

behoefte om de patiënt recht te willen doen en de gemaakte fout zijn moeilijk met elkaar te verenigen. Artsen hebben behoefte om hun werk te doen met een schoon geweten. Wanneer een technische ingreep nadelig uitpakt voor een patiënt, hebben zij soms het gevoel dat zij de patiënt leed hebben aangedaan. Deze situaties zijn voor sommige respondenten erg beladen.

***R12M:** Maar dat kan ook zijn omdat je een fout hebt gemaakt, dat er ineens een complicatie is opgetreden. Ja daar voel je je natuurlijk schuldig over. Iemand heeft al een ernstige ziekte en je hebt hem van de regen in de drup geholpen. Daar kan ik wel behoorlijk mee zitten.*

***R12M:** Ik heb een keer een patiënt gehad die op de operatie tafel is overleden, waarbij dat onverwacht was. En eh...mogelijk vermijdbaar. Ja dat is wel iets waar ik lang last van gehad heb en wat ik ook echt wel moeilijk vond om te bespreken met de nabestaanden, wat ik meteen daarna moest doen natuurlijk. Ehm...ja. Dat is eh...dat is vreselijk natuurlijk.*

***R3M:** Als door jouw handelen iets, nou complicaties optreden waardoor het herstel langer duurt en daardoor het uiteindelijk ook niet goed gaat, dan komt het heel dichtbij zeg maar. Dan wordt het heel moeilijk.*

Het ervaren van schuldgevoel door vermijdbare “persoonlijke” fouten wordt door artsen in verband gebracht met het doormaken van een leercurve (R12M). Een van hen vertelt dat de competentie van artsen toeneemt naarmate zij meer ervaring opdoen; als arts leer je van de fouten die je maakt. De medisch-technische zorg die artsen patiënten nu bieden is in sommige gevallen beter dan 10 jaar geleden; puur vanwege de ervaring die gaandeweg werd opgedaan. De genoemde leercurve gaat onherroepelijk gepaard met schade aan mensen; dit maakt het doormaken van een leercurve voor artsen een onderwerp waarbij zij emotionele geraaktheid en persoonlijke schuldgevoelens kunnen ervaren (R12M).

Onvermijdbare “universele” fouten: machteloosheid

Ook situaties waarin sprake is van onvermijdbare fouten kunnen emotionele geraaktheid bij artsen teweeg brengen. Een slechte afloop heeft hier wel betrekking op het actorschap van artsen, maar niet specifiek op het handelen van één enkele arts. Respondenten noemen dat de uitkomst van dergelijke ingrepen vermoedelijk hetzelfde zou hebben uitgekapt als collega’s deze hadden uitgevoerd. De emotionele geraaktheid hangt in dergelijke situaties niet zozeer samen met schuldgevoelens, maar met (soms acuut) controleverlies. De respondenten stellen dat zij patiënten meer hadden willen bieden en het gevoel hebben met lege handen te staan; het gevoel dat ‘een patiënt je door de vingers glijdt’. Alle in dit onderzoek betrokken artsen

stellen zichzelf een hoge norm als het aankomt op het niet maken van fouten. Zelfs in situaties waar tegenvallend behandelverloop of overlijden niet aan henzelf te wijten is, blijkt dat artsen ertoe neigen om eerst aan het eigen handelen te twijfelen.

***R7M:** Want ik denk dat...ik denk dat ook...als je zelf betrokken bent bij een overlijden dat je je dat sowieso altijd afvraagt: weet je wat had ik nog...wat heb ik eigenlijk fout gedaan? Waardoor had ik dit kunnen voorkomen? Dat als je hoort dat een patiënt van jou, in je afwezigheid of in je vakantie of gedurende de nacht, achteruit is gegaan, naar de intensive care is gegaan of overleden is. Dat toch het eerste gevoel wat je bekruipt is van ja: heb ik iets verkeerd gezien? Heb ik iets over het hoofd gezien, heb ik iets verkeerd gedaan? En dat nou ja, ik praat voor mezelf, maar: ik denk dat er heel veel artsen zijn die dat gevoel hebben.*

Enkele respondenten noemen in dit kader de eigen drijfveren: mensen beter willen maken of iets willen kunnen bieden. Wanneer een patiënt overlijdt, heeft de dood het laatste woord en houden artsen soms het gevoel over dat zij meer voor de patiënt hadden willen betekenen. Dit gevoel behouden zij soms ook in situaties waar de dood onvermijdelijk zou zijn geweest.

4.1.4 Technische situaties: aanklacht, zelftwijfel, alles wankelt

In voorgaande sub-paragraaf (4.1.3) heb ik technische situaties beschreven, waarin emotionele geraaktheid zich voordoet. De nadruk daarin lag op het maken van fouten binnen de medische werkp praktijk. In sommige gevallen heeft het maken van fouten een juridisch gevolg. Patiënten stellen artsen dan aansprakelijk als gevolg van medische fouten of onvoorziene complicaties.

Een derde van de respondenten geeft aan emotioneel geraakt te worden in situaties waarin zij als arts door patiënten aansprakelijk worden gesteld of voor het tuchtrecht worden gedaagd. Gevoelens van schuld en diepe onzekerheid worden door hen genoemd. Het feit dat men zich heeft ingespannen om de gezondheid van een patiënt te bevorderen, terwijl arts en patiënt uiteindelijk via juridische weg tegenover elkaar komen te staan ervaren artsen als ‘heftig’. Omdat een rechtszaak buiten de context van het ziekenhuis plaatsvindt voelt het soms alsof ‘de buitenwereld naar je kijkt’ (R3M).

***R2M:** Terwijl ik weet ook iemand, die heeft een keer een tuchtzaak gehad, tegen iets wat ze had uitgevoerd. En dat was echt draining, dat was verschrikkelijk vermoeiend: de hele tijd onzekerheid en iemand die zegt 'je hebt het niet goed gedaan'. Je hebt een klacht en je moet naar de rechtbank, dat raakt mensen heel erg.*

Foutenreductie en feilbaarheid

Een thema dat hierbij door respondenten marginaal genoemd wordt, is foutenreductie in de medische werkpraktijk. Binnen de medische werkpraktijk is het reduceren van fouten een vanzelfsprekendheid die het maken van fouten voor artsen tot een beladen onderwerp zou maken. Respondent R11V vindt dat het nastreven van foutenreductie binnen de medische werkpraktijk een nieuw soort kwetsbaarheid voor artsen met zich meebrengt. In haar ogen ontstaat de illusie dat fouten uitgesloten kunnen worden. Zij stelt dat het dokters nauwelijks meer wordt toegestaan om fouten te maken in hun werk.

R11V: En ik denk dat wij als dokters enorm geraakt worden door dingen die die fout gaan. Of die wij fout gedaan hebben. Daar worden wij natuurlijk enorm door geraakt. Ik zit ook in het tuchtcollege. Dan zie je gewoon, hoe erg het voor dokters is om door patiënten voor het tuchtrecht gedaagd te worden. Waarin je soms ook ziet hoe goede bedoelingen helemaal verkeerd overkomen, maar je ook denkt van 'ja dat heb je helemaal onhandig aangepakt'. Maar als het gaat over mensen die inherent goede dingen willen doen, en het pakt verkeerd uit. Of er gebeurt iets wat een complicatie is, dat het soms ook zo verkeerd begrepen wordt door patiënten. En hoe dat echt mensen enorm in hun ziel raakt, hoe dat echt dokters enorm in hun ziel raakt, dat dat zo gegaan is.

Enkele respondenten ervaren dat foutenreductie het onderwerp van fouten voor artsen meer beladen kan maken. Dit kan relevant zijn voor dit onderzoek, omdat artsen door het nastreven van foutenreductie geneigd kunnen zijn om hun eigen ervaringen van emotionele geraaktheid minder snel met collega's te bespreken, wanneer deze ontstaan is in een technische situatie. Ook worden fouten die wél gemaakt worden soms eerder als laakbaar of vermijdbaar gezien. Omdat de norm verschuift kan de schuldvraag bij artsen dichter op de huid komen te zitten; schuldgevoelens en vragen over het voorkomen van leed doen zich dan vaker bij hen voor.

Wankelende zekerheden

Wanneer de respondenten worden aangeklaagd, ervaren zij een grote mate van onzekerheid. Zij zijn gewend om technische ingrepen op bepaalde wijze aan te pakken. Indien dit slechter afloopt dan voorzien, brengt dit gevoelens van zelftwijfel en onzekerheid bij hen voort over de wijze waarop zij handelen. Respondenten vertellen dat zij in hun werk niet veel zekerheden hebben. De zekerheden die artsen wél ervaren zijn enerzijds wetenschappelijke kennis maar

anderzijds datgene waarvan artsen in de praktijk merken dat het werkt. Wanneer er tijdens het medisch-technische handelen complicaties ontstaan, staan de zekerheden op losse schroeven.

R12M: Ehm...en die krijgt dan een hele bijzondere complicatie op de operatie kamer...ja, dat verwacht je niet he? Dingen die je niet verwacht en die heel slecht aflopen...dat is ook een beetje, het schaadt je vertrouwen in eh...dat je het onder controle hebt behoorlijk. Als je denkt, nou weet je, ik doe mijn dingen netjes en dat kan een heel klein beetje links en een heel klein beetje rechtsaf, maar ik weet wel ongeveer waar we uitkomen. En dan sta je opeens een keer en dan denk je 'holy fuck, wat is er nou gebeurd?'. En dan denk je: 'oh, dat kan dus gewoon zomaar gebeuren...'. Dus dan sta je wel een beetje wankel in je schoenen daarna.

Artsen geven aan dat zij in alle complexiteit van de medische werkpraktijk het beste kunnen functioneren door te vertrouwen op het eigen handelen en niet al te zeer stil te staan bij onzekere factoren waarmee hun medisch-technische handelen omgeven is. Respondent R2M vertelt dat hij een aanklacht ervaart als een aanslag op zijn medisch-technische verankering. Wanneer er 'gemorreld wordt' aan zijn zekerheden, kan dit hem emotioneel raken, omdat hij deze zekerheden als houvast ervaart in zijn functioneren. Respondent R3M vertelt dat bij hem en zijn collega's gevoelens van falen worden opgeroepen wanneer zij worden aangeklaagd, omdat artsen al snel denken: 'ja, ik was degene die daar stond en had moeten zeggen "we hadden dat moeten doen"...ik had daaraan moeten denken'. Respondent R1V vindt haar werk wat verantwoordelijkheid betreft 'een erg eenzaam vak' omdat artsen daarin alleen staan:

R1V: Maar uiteindelijk is het jouw beslissing. Staat jouw naam eronder. En alléén jouw naam he? Dus, wat dat betreft kent het tuchtrecht bijvoorbeeld geen gedeelde verantwoordelijkheid. En dat maakt het soms toch nog wel lastig. Want sommige beslissingen maak je makkelijker als je de verantwoordelijkheid kan delen.

4.2 Wijzen waarop artsen uiting geven aan emotionele geraaktheid

Hoewel alle artsen aangeven dat zij emotioneel geraakt worden in de medische werkpraktijk, stellen zij dat zich dit maar zelden uit in de vorm van tranen. Artsen signaleren de momenten die hen emotioneel raken lichamelijk, bijvoorbeeld door een brok in de keel of aangespannen kaken. Artsen noemen het voelen van 'een steen op je hart': een 'gewicht voelen dat drukt van binnen' (R10V) of 'een spanning op je lichaam voelen slaan' (R6V). Positieve emoties zoals blijdschap werden door de respondenten tijdens de interviews niet of nauwelijks genoemd. De respondenten geven aan dat zij verschillend uiting geven aan gematigde en hevige

emotionele geraaktheid. Waar gematigde emotionele geraaktheid zichtbaar mag zijn voor de patiënten, wordt hevige emotionele geraaktheid vaker in afzondering tot uiting gebracht of onderdrukt. In deze paragraaf bespreek ik allereerst het uiten van gematigde emotionele geraaktheid, vervolgens bespreek ik het uiten van hevige emotionele geraaktheid en tot slot sta ik stil bij situaties waarin artsen hun emotionele geraaktheid met patiënten nabespreken.

Gematigde emotionele geraaktheid: patiënt mag het zien

Alle artsen die in dit onderzoek betrokken zijn, vinden dat patiënten het best mogen zien als zij emotioneel geraakt zijn. De meeste artsen vinden dit passend bij de tragiek van kwetsbare momenten en zien het uiten van emoties als een teken van het feit dat ook de arts een mens is. Sommige artsen vinden het zelfs ‘een van de mooie dingen van het vak, dat je emoties kunt delen’ (R3M).

R10V: En ja tuurlijk mogen ze dat zien. Ik heb ook wel eens gehuild, waar ze bij waren. En dat was dan wel bij iemand die ik echt al heel lang kende en...ja ik vind dat dat kan. Maar daar zijn niet al mijn collega's het mee eens. Maar ik vind dat dat kan ja. Het gebeurt niet veel, maar als het zo is: ja jeetje, ik ben toch niet een ijskonijn? Weet je...ik vind dat dat mag.

Hoewel vreugde niet genoemd werd bij de situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden, werd vreugde wel marginaal genoemd bij het uiten van emotionele geraaktheid. Voorbeelden hiervan zijn het delen van goed nieuws of een medicijn dat goed aanslaat bij de patiënt. Ook het delen van opluchting met patiënten wordt genoemd: ‘dat ik denk van: jee, geweldig, he he!’ (R4M). De respondenten vertellen dat patiënten dit bijvoorbeeld aan hen kunnen merken door de stemming en intonatie waarmee zij door hen benaderd worden.

De ervaringen van respondenten bij het uiten van emotionele geraaktheid spelen zich vooral af rond relationele situaties, die betrekking hebben op het aanzien een meebeleven van lijden. Toch vertellen respondenten dat ook gematigde emotionele geraaktheid die voortkomt uit technische situaties gezien mag worden. R12M vindt dat patiënten best mogen zien dat hij emotioneel geraaktheid is door de slechte afloop van een medisch-technische ingreep. Hij denkt dat het ‘heilzaam is voor de patiënt en voor de familie van de patiënt dat zij zien dat ik dat heel moeilijk vind; dat zij weten dat ik dat ook heel erg vind’.

Een enkele respondent geeft aan dat zij haar emotionele geraaktheid gemakkelijker toont naar patiënten toe, dan naar haar collega's (R11V). Emoties worden door haar gezien als iets dat privé is en zich tussen patiënt en arts afspeelt; deze moeten in de spreekkamer kunnen blijven.

Hevige emotionele geraaktheid: afzonderen van patiënt of onderdrukken

Bij het tonen van emoties aan patiënten nemen artsen het soort emotie en de intensiteit ervan in overweging. Vreugde is bijvoorbeeld een emotie welke gemakkelijker en minder beladen is om uiting aan te geven, dan verdriet of rouw. Artsen vinden dat de eigen emoties de medische zorg voor patiënten evenals een faciliterende opstelling naar patiënten, niet in de weg mogen staan. Je ‘moet niet gaan zitten mee snikken, want mensen moeten nog wel iets aan je hebben’ (R1V). Om deze reden gaan respondenten anders om met het uiten van een enkele traan, dan met hevig huilen. Wanneer emotionele geraaktheid zich uit met hevige tranen, kiezen artsen er voor om zich af te zonderen in een ruimte als een gespreks- of medicijnkamer om de tranen ruimte te geven. Artsen ‘zeggen dan dat ze zo terug zijn’ (R6V) of ‘lopen even weg’ (R5V).

R9M: *Het verdriet van die ouders, daar draait het op dat moment om. En dat moet gefaciliteerd worden. En als je zelf...het je zo aangrijpt dat je daar verdrietig over bent, wat je óók uiting moet geven, dan vind ik dat je dat in een andere ruimte moet doen. Dat kán, en dat is ook niet slecht, ik bedoel: ik heb zeker collega's gehad die even kwamen uitjanken na een heftig nacht. En dan denk ik: niks mis mee, maar dat is de plek om het te doen, namelijk bij een andere collega. En niet bij die ouders.*

Soms voelen de respondenten hevige emotie opkomen, terwijl zij niet in de gelegenheid zijn om zich af te zonderen. Deze momenten doen zich met name voor wanneer artsen bezig zijn met medisch-technisch handelen en gedurende het handelen worden overvallen door emotie. Dit gebeurt vaak bij ervaringen van projectie, zoals genoemd in sub-paragraaf 4.1.2. Op deze momenten proberen artsen de emotie rationeel te onderdrukken om te kunnen handelen. R4M werd tijdens het medisch-technisch handelen verrast door hevige emotionele geraaktheid en vindt dat hij ‘dan de knop moet kunnen omzetten van: nee, nu ga ik voor dit kind zorgen’. De respondenten geven aan dat je emoties op dergelijke momenten ‘echt even de dingen aan de kant moet zetten om te focussen op dat wat er moet gebeuren’. Dit gaat makkelijker in de acute situaties, want ‘dan is er gewoon zoveel adrenaline, dan gaat dat gewoon’ (R10V). Zoals bij aanvang van deze paragraaf beschreven, proberen artsen zich meestal af te zonderen wanneer zij hevig emotioneel geraakt worden. In een aparte ruimte zoals de medicijnkamer of een spreekkamer komt de emotionele geraaktheid van artsen dan tot uiting. Soms wordt de hevige emotionele geraaktheid van de respondenten onvoorzien toch door een patiënt gezien.

Er op terugkomen: emotionele geraaktheid met patiënten bespreken

Twee respondenten vertellen over situaties waarin zij hun emotionele geraaktheid met een patiënt nabespreken. In beide gevallen gaat het over emotionele geraaktheid waarvan de arts niet had gewild dat deze voor de patiënt zichtbaar zou zijn geweest. Hoewel artsen hadden gewild dat hun emotionele geraaktheid minder zichtbaar was geweest, werd deze toch door de patiënt opgemerkt. Opvallend is dat deze respondenten op eigen initiatief het onderwerp van competentie inbrengen bij het bespreken van hun eigen emotionele geraaktheid met patiënten.

R10V: Op een gegeven moment stond ik aan het bed met de moeder en haar ouders. En ehm...toen vroeg opa aan mij van: 'goh, je kijkt de hele dag al zo ernstig en moeder heeft het gevoel dat je boos op haar bent'. En nou dat wilde ik toen natuurlijk al helemaal niet, en toen heb ik ook letterlijk gezegd, dat ik heel erg aangedaan was. Dat het me natuurlijk heel erg raakt wat er gebeurd is; voor hem, voor haar, voor mama. En dat ik me daarin misschien vandaag ook niet zo heel professioneel opstel, omdat het me meer raakt dan anders zeg maar.

In gesprek met de patiënt willen artsen graag weten hoe patiënten hun emotionele geraaktheid hebben opgevat. Zij vragen bijvoorbeeld of de patiënt de indruk had dat de arts radeloos was of dacht 'ze is geëmotioneerd omdat ze het niet meer weet?' (R5V). De respondenten vertellen dat patiënten het achteraf erg hebben gewaardeerd dat zij hun emotie met hen nabespraken.

R5V: Toen ben ik ook even weggelopen en toen heb ik in het medicijnhok echt even staan snikken. En die vader die ging toen even naar de WC en die zag mij toen daar, en die was toen ook héél erg geëmotioneerd. En ik weet dat hij daar later nog op terug kwam, van: 'wat was dat nou?' En toen vertelde ik het, en toen zei hij: 'ja, dat had ik precies hetzelfde, buiten dat ik haar vader ben natuurlijk'. Maar hij vond dat niet een zwaktebod, want we hebben het er toen nog wel even over gehad. "Dacht je toen: 'ze is geëmotioneerd omdat ze het niet meer weet?' of 'hoe moet dit nou?'. Nee, dat vond hij dus niet. Hij vond dat toevoegen aan de setting. En ik had er zelf verder ook geen problemen mee, ik dacht: het is nu zoals het is. Professioneel heb ik alles afgedekt en overlegd. En dit is niet anders, het is gewoon hopeloos!

4.3 Gevolgen van emotionele geraaktheid voor het handelen van artsen

Bij het ervaren van emotionele geraaktheid wordt ook het handelen van artsen beïnvloed. Artsen vinden dat hun emotionele geraaktheid met name gevolgen heeft voor de emotionele ondersteuning van patiënten (relationele gevolgen, sub-paragraaf 4.3.1) en de mate waarin zij adequaat medisch-technisch kunnen handelen (technische gevolgen, sub-paragraaf 4.3.2).

Daarnaast kan emotionele geraaktheid het handelen van artsen beïnvloeden, omdat emotie wordt ingezet als een informatiebron waarop zij hun handelen baseren (sub-paragraaf 4.3.3). Uit de interviews blijkt dat de respondenten soms worstelen met deze gevolgen omdat de emotionele ondersteuning van patiënten en weloverwogen medisch-technisch handelen in hun ogen nooit ter discussie mogen staan.

4.3.1 Relationele gevolgen: emotioneel ondersteunen van patiënten

Artsen vinden dat hun eigen emotionele geraaktheid nooit in de weg mag staan voor emoties en verdriet van de patiënt. Een opvatting die onder respondenten breed gedeeld wordt, is dat je als arts altijd ondersteunend moet kunnen blijven naar patiënten. Een veel gedane uitspraak is dat het in de zorg van patiënten nooit over de arts moet gaan, maar over de patiënt (R11V). Wanneer een patiënt geconfronteerd wordt met een situatie van lijden of verlies, dan moet het verdriet van de patiënt in de optiek van de artsen alle ruimte krijgen. Artsen vinden dat hun eigen emotionele geraaktheid nooit ten koste mag gaan van de emotionele ondersteuning van patiënten. Artsen vinden zichzelf daarbij ondergeschikt en vervangbaar door iedere andere dokter (R6V) en stellen dat zijzelf in principe nooit het onderwerp van gesprek moeten zijn.

R9M: *Ik heb wel eens meegemaakt met een collega die echt huilend daarbij stond, en dan heb ik het gevoel dat je de professionele grens passeert. Die ouders...die hebben snap je, het verdriet is aan hen, en jij begeleidt hen daarin. En ik denk dat het helemaal niet erg is, als ouders zien dat jij het ook erg vindt. Alleen dat moet an sich geen ruimte innemen, wat afleidt van hun proces. Want jij zit er om hun proces te faciliteren.*

Uit de interviews blijkt dat emotionele geraaktheid tot gevolg heeft dat artsen voor zichzelf een afweging maken; draagt het tonen van mijn emotionele geraaktheid bij aan de emotionele ondersteuning, staat het in dienst van de patiënt? Of betekent het tonen van mijn emotionele geraaktheid dat ik de patiënt ruimte ontnem, bijvoorbeeld omdat deze erg hevig is of omdat de achterliggende oorzaak in mijn eigen privésituatie ligt.

4.3.2 Technische gevolgen: goed medisch-technisch handelen

Veel artsen vinden dat de eigen emotionele geraaktheid van de arts nooit mag interfereren met goed medisch-technisch handelen. Enkele respondenten vinden dat emotionele geraaktheid en medisch-technisch handelen om deze reden maar beter niet gelijktijdig op kunnen treden. De hevigheid waarmee artsen emotioneel geraakt worden gaat ten koste van de controle die

zij in hun medisch-technisch handelen ervaren. Wanneer artsen hun emotionele geraaktheid onderdrukken gaan zij zich vervolgens nadrukkelijker richten op de technische aspecten van hun werk. Door grote nadruk op het medisch-technisch handelen te leggen, behouden artsen voor zichzelf de controle in hun functioneren.

***R5V:** Maar ik vind wel echt dat [emotie] niet hoort, op het moment dat je nog volop in de strijd bent om het leven te behouden. Als ik dáár last van zou hebben, dan zou me dat echt belemmeren. En dan zou ik daar wat aan gaan doen. Want ik vind dat dat niet moet. Niet voor de taken die je hebt; je moet wel zorgen dat je je hoofd zo goed mogelijk helder houdt voor de momenten dat het nodig is. En als je dat niet kunt, dan...is er werk aan de winkel.*

Wanneer artsen emotionele geraaktheid ervaren tijdens het medisch-technisch handelen dan vinden de respondenten dat je daar als arts op twee manieren mee om kunt gaan. Ofwel door de emoties van het medisch-technisch handelen te scheiden door je af te zonderen en een collega te vragen om je even waar te nemen. Ofwel door je emoties op betreffend moment te onderdrukken; te ‘parkeren’ of ‘uit te schakelen’. Bijvoorbeeld door deze op een later moment (na het medisch-technisch handelen) alsnog te beleven of te uiten, wanneer dit het handelen niet meer kan beïnvloeden.

***R3M:** Maar over het algemeen, kan ik de knop redelijk omzetten. En voor mezelf denken van: wat kan ik de patiënt bieden als arts, in de behandeling. Dus dat is een redelijk zakelijk iets zeg maar. Dus als het ingewikkeld wordt, dan kan ik daar op terugvallen en mij daar aan vasthouden. Dan kan ik emoties redelijk makkelijk uitschakelen, dat vind ik niet heel moeilijk.*

***R5V:** Omdat ik ook weet: ik ben niet iemand die staat te huilen op momenten dat het niet kan. Ik kan heel goed scherp zijn als ik gewoon professioneel scherp moet zijn. Dan kan ik dat parkeren en als ik merk dat dat lastig is, dan zorg ik dat ik voldoende mensen of back-up heb.*

De respondenten vinden dat hevige emotionele geraaktheid een medisch-technisch risico kan betekenen; je kunt in hun ogen op termijn niet meer werken (R6V) of functioneren (R7M). Hoe heviger artsen emotioneel geraakt worden, hoe minder controle zij ervaren tijdens hun medisch-technische handelen. En ook andersom: hoe heviger de respondenten erop geënt zijn om de controle te behouden, hoe minder ruimte er overblijft voor emotionele geraaktheid. Omdat de respondenten uiteindelijk afhankelijk zijn van controle in het medisch-technische handelen, worden hevige emoties tijdens dit handelen door hen onderdrukt of buitengesloten.

4.3.3 Emotionele geraaktheid als informatiebron

Twee respondenten vertellen dat zij emotionele geraaktheid zien als informatiebron die zij gebruiken om vorm te geven aan hun professioneel handelen. Uit hun ervaringen blijkt dat momenten van emotionele geraaktheid door hen worden opgemerkt en vervolgens worden ingezet als drijfveer (R6V) of als reden om de emoties van de patiënt te bespreken (R11V).

R6V ziet zichzelf als een gevoelige dokter en emotionele geraaktheid maakt het voor haar mogelijk om een goede arts te zijn. Voor R6V is emotionele geraaktheid een drijfveer om je maximaal in te willen spannen, ‘om het beste uit jezelf te halen, om het voor de patiënt en het gezin het beste te doen’. Het zorgt ervoor dat ze niet ‘uit het oog verliest, dat het om iemands kind gaat, dat het om een gezin gaat’. Zij geeft aan het belangrijk te vinden dat zij zich het lot van anderen aantrekt, omdat het betekent dat zij niet onverschillig is in haar functioneren. Als haar werk haar niet meer emotioneel zou raken, dan ‘word ik ook gevaarlijk, omdat ik dan het humane aspect teveel uit het oog zou verliezen’.

Emotionele geraaktheid wordt door respondent R11V beschreven als een signaal dat haar iets vertelt over de aanwezigheid van emoties bij de patiënt. Op het moment dat zij emotioneel geraakt wordt door een patiënt met wie zij in gesprek is, wordt dit door haar onderdrukt en naar de patiënt niet geuit. Zij gebruikt dit signaal vervolgens als aanleiding om emoties van de patiënt en achterliggende thema's bespreekbaar te maken. Haar rol als zorgverlener vraagt van haar om de eigen emoties in te zetten voor het bijstaan van patiënten. De patiënt heeft er dan in haar ogen meer baat bij als de arts emotionele geraaktheid inzet om emotie van de patiënt te verkennen, dan wanneer de arts alleen eigen emoties naar de patiënt uit en het daarbij laat. Het bemerken van emotionele geraaktheid komt in haar ervaring meestal voort uit de emoties van patiënten en vormt daarmee een aanleiding om dit gespreksonderwerp aan te snijden.

4.4 Behoeften van artsen bij het omgaan met emotionele geraaktheid

Uit de data-analyse blijkt dat artsen verschillende behoeften hebben bij de omgang met emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk. Onder de respondenten zijn er behoeften in relatie tot de collega's en het team waarin artsen werkzaam zijn (sub-paragraaf 4.4.1), in relatie tot de privé situatie (sub-paragraaf 4.4.2) en in relatie tot de studie geneeskunde en opleiding tot medisch specialist (sub-paragraaf 4.4.3).

4.4.1 In relatie tot collega's en team

Alle artsen die bij dit onderzoek betrokken zijn, hebben behoefte aan een teamklimaat waarin emoties onderling getoond en besproken kunnen worden. Dit betekent in hun ogen overigens niet dat iedereen daar hetzelfde mee hoeft om te gaan; de respondenten vinden dat artsen zelf mogen bepalen in welke mate zij hun emoties tonen en bespreken. Wanneer een arts daaraan geen behoefte heeft vindt men dat geen probleem, zolang er een teamklimaat gewaarborgd kan worden waarin ruimte bestaat voor emotionele geraaktheid. Drie artsen noemen daarbij nadrukkelijk, dat het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid geen negatieve weerslag mag hebben op de mate waarin zij door collega's als professioneel worden gezien.

Steun en erkenning van collega's

De rode draad binnen de behoeften aan steun en erkenning van collega's is de normalisering van- en erkenning bij het delen van emoties. Artsen kijken vooral naar hun collega's bij het vaststellen van wat normaal of geoorloofd is bij het tonen en delen van de eigen emoties. Collega-artsen vervullen een zekere voorbeeldfunctie voor artsen en scheppen een norm ten aanzien van het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk. Belangrijke behoeften ten aanzien van collegiale ondersteuning zijn 'collega's die herkennen wat je noemt, begrip hebben en ook van daaruit oprecht kunnen luisteren en meeleven met je' (R9M). Artsen hebben de behoefte 'dat je bij sommige mensen kunt zeggen: "pff....ik heb nou zo'n patiënt gehad of jeetje, wat me nou is overkomen!"' (R11V). De respondenten noemen daarbij, dat zij wensen 'dat collega's geen waarde oordeel geven, dat het oke is zoals het is. Maar daar moet expliciet ruimte voor zijn; dat ik niet met iets blijf zitten, wat ik niet durf te uiten uit angst dat ik daarop afgerekend ga worden' (R6V). Daarvoor is het nodig dat artsen hun 'voelsprietten open houden voor de emoties van anderen' want 'we gaan best wel eens voorbij aan de emoties en behoeftes van het behandelteam' (R6V).

Bijna alle respondenten noemen de behoefte om van collega's te willen horen dat de emoties die zij ervaren normaal zijn. Zij vinden ook dat het belangrijk is dat je emotionele geraaktheid als arts in bepaalde mate kunt tonen want: 'ik ben geen robot' (R6V), 'we zijn geen blokken steen hier' (R5V). Artsen zoeken bevestiging en erkenning van hun collega's bij het tonen en delen van ervaringen die hen emotioneel raken: 'dat je verdrietig mag zijn of dat je geraakt mag zijn' (R10V). Daarvoor is een 'bepaalde mate van vertrouwelijkheid' van belang (R8V).

Nabespreken van emotionele gebeurtenissen

Driekwart van de betrokken artsen geeft aan dat zij, na momenten waarin zij emotioneel zijn geraakt, de behoefte ervaren om daar met collega's over te praten. De meeste van hen voelt bij collega's wel gelegenheid hiertoe, maar doet dit met name incidenteel en niet structureel. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er op afdelingen verschillend wordt omgegaan met het nabespreken van emotioneel beladen situaties. Op afdelingen waar de chronische zorg en relationele situaties op de voorgrond staan, worden emoties meer in de sfeer van het gehele team nabesproken. Dit staat in contrast met de ervaringen van de respondenten met een snijdend (sub-)specialisme die werkzaam zijn op afdelingen die meer acute zorg bieden. Daar lijken emoties van respondenten zich soms aan de publieke teamsfeer te onttrekken; de artsen bespreken hun emotionele geraaktheid meer op individuele basis met collega's.

De mate waarin emoties in een team als geheel worden beleefd en nabesproken, zou mogelijk samen kunnen hangen met de mate waarin emoties van artsen op een afdeling als gebruikelijk of 'normaal' worden ervaren (R4M). Daarbij vinden artsen het van belang dat zij zich binnen het team kwetsbaar op kunnen stellen (R8V) en daarop niet worden afgerekend (R6V).

Uit de interviews met respondenten blijkt dat wanneer in een team weinig draagvlak bestaat voor het tonen en bespreken van emoties, zij vaak contact zoeken met mensen waarvan zij de gewenste veiligheid wél verwachten, zoals een enkele collega of thuis met de eigen partner.

R12M: *Nou het is natuurlijk lastig om...je toont een emotie, je vertelt iets emotioneels en daarmee stel je je kwetsbaar op. En als je dan níl reactie krijgt, dan ben je natuurlijk ook gekwetst. Dat is gewoon zo, dan hoop je natuurlijk toch dat iemand zegt van: 'goh wat vervelend' of 'ik begrijp hoe je je voelt'. Als iemand zegt van 'hier heb ik geen zin in' of 'hier kan ik niet zoveel mee', ja dat is toch kwetsend. Niet dat ze dat zullen doen, maar ik ben natuurlijk bang dat dat gebeurt, omdat het niet normaal is om over te praten. Dus dan denk je: nou, dat doe ik dan thuis. Of bij de een of twee mensen hier waarmee ik dat wel kan.*

Acute zorg en snijdende specialismen: niet vanzelfsprekend

Respondenten die een snijdend (sub-)specialisme hebben of werkzaam zijn op afdelingen die acute zorg bieden, vertellen dat het begrip van collega's voor emotionele geraaktheid van artsen soms nihil is. Respondent R12M is snijdend specialist op een afdeling die gericht is op acute zorg en ervaart weinig ruimte om emotionele geraaktheid bespreekbaar te kunnen

maken. In zijn team is het tonen van emotionele geraaktheid iets waar ‘mensen zich vreselijk aan irriteren’ en een reden om collega’s als incompetent te bezien.

***R12M:** Nou ik heb wel meegemaakt dat een vrouwelijke assistent ergens heeft zitten huilen. En dat er een borrel is en dan wordt er nog even, natuurlijk achter haar rug, over doorgepraat. En dan wordt er wel denigrerend over gepraat. Dat zien, vooral veel van mijn oudere, collega's wel als een hele harde reden om je ongeschikt te verklaren voor het vak.*

Respondenten merken soms dat veel dokters in hun omgeving ‘er uit zelfbescherming voor kiezen om emoties niet te voelen’ terwijl zij de behoefte hebben om emotionele geraaktheid met collega’s wel te kunnen voelen en te kunnen bespreken om daarna de dag weer op te kunnen pakken (R12M). Respondenten die werkzaam zijn op afdelingen die gericht zijn op acute zorg gaven vaker aan dat emotionele geraaktheid in hun team zelden besproken wordt. De nadruk ligt daar doorgaans op de technische aspecten van het werk. Respondenten geven aan dat zij weinig draagvlak ervaren voor het bespreken van emotionele geraaktheid in het team. Respondent R6V heeft eveneens een snijdend (sub-)specialisme en ondervond van de collega’s op haar afdeling aanvankelijk veel onbegrip op momenten waarop zij ervaringen van emotionele geraaktheid naar hen toe probeerde te tonen of te bespreken.

***R6V:** Zeker toen ik hier net begon, was dat wel een muur waar ik echt tegenaan liep, want emoties konden gewoon niet. Dat was voor de verpleging, maar als dokter deed je dat niet.*

Deze uitspraken werpen de vraag op, of emotionele geraaktheid van artsen onder de snijdende specialismen een ongebruikelijker onderwerp zou kunnen zijn dan onder de schouwende specialismen. Een vraag die nader vervolgonderzoek behoeft (zie tevens paragraaf 5.3).

Wel vertellen enkele respondenten met een snijdende (sub-)specialisatie dat oudere collega’s het onderling tonen en bespreken van emotionele geraaktheid vaak erg ongebruikelijk vinden en in enkele gevallen ook afkeuren. Deze respondenten vertellen dat zij hebben meegemaakt dat collega’s van de oudere generatie afwijzend reageerden op hun behoefte om een ervaring van emotionele geraaktheid met hen te delen. Deze ‘stoïcijnse mannen die niet open stonden voor mijn gevoel’ (R6V) zagen het uiten van emotionele geraaktheid voor artsen als iets dat ongepast is en dat alleen verpleegkundigen behoren te doen. De oudere generatie artsen zou volgens de respondenten ‘toch heel erg zitten op dat wegduwen, niet tonen’ (R12M).

Genoemde behoeften bij nabespreking

Drie artsen vertellen dat zij, kort na het overlijden van een patiënt of andere situaties met een

hoge emotionele impact, een nabespreking organiseren. Deze interventie voorziet voor hen in de behoefte die zij daarbij hebben. Wanneer er een situatie op de afdeling plaatsvindt met een hoge emotionele impact, zoals het overlijden van een patiënt, neemt de dienstdoende arts het initiatief om op korte termijn iedereen die daarbij betrokken is geweest bij elkaar te krijgen. In een informele sfeer krijgen de betrokken collega's de ruimte om hun beleving en emoties daarbij laagdrempelig met elkaar te delen. De respondenten noemen enkele behoeften waarin een nabespreking voor hen in moet voorzien.

Respondent R5V geeft aan dat haar team bij een nabespreking behoefte heeft om vrijuit iets te kunnen zegen over de situatie waarbij zij betrokken waren. Daarbij bestaat zowel de behoefte om te evalueren of er (medisch-technisch) anders gehandeld had moeten worden, evenals de behoefte om laagdrempelig bij emoties stil te staan of deze te delen. Respondent R6V stelt dat zij het belangrijk vindt, dat de nabespreking kort plaatsheeft na de gebeurtenis die emotionele geraaktheid heeft opgeroepen. Zij ervaart dit als effectief, omdat het team gezamenlijk weer op de situatie terug kijkt en daarbij emoties kan uitwisselen, tonen en bespreken. In de ervaring van R6V voorziet een nabespreking veel beter in de emotionele behoeften van haar team dan een andere interventie, zoals een moreel beraad. De organisatie van zulke interventies ervaart zij als 'heerlijk mosterd na de maaltijd' omdat deze in haar beleving te lang op zich laten wachten, om nog in een actuele omgang met emotionele geraaktheid te kunnen voorzien.

4.4.2 In relatie tot privésituatie

Wanneer artsen emotioneel geraakt worden in de medische werkpraktijk heeft dit nog enige tijd invloed op hun gemoed. Wanneer artsen aangedaan van het werk terugkeren naar huis, zijn zij soms 'van de leg' en lukt het hen niet direct om thuis weer 'aanwezig te zijn' (R10V). De partners van artsen merken deze afwezigheid door emotionele geraaktheid soms ook op, bijvoorbeeld doordat de arts vermoeid oogt of met de aandacht ergens anders lijkt te zijn. Doorgaans hebben artsen de behoefte om ervaringen van emotionele geraaktheid met hun partner te delen. In die zin doen artsen een beroep op ondersteuning in de privésfeer: zij geven aan dat het thuisfront hen kan ondersteunen door de arts een luisterend oor te bieden als deze iets ingrijpends heeft meegemaakt, of dat het thuisfront er begrip voor kan hebben wanneer een werkdag uitloopt door indrukwekkende situaties, zoals het overlijden van een patiënt of stervensbegeleiding.

Bespreken met partner

Enkele artsen geven aan dat zij in de privésfeer soms maar weinig ruimte ervaren voor het bespreken van indrukwekkende situaties die emotionele geraaktheid hebben voortgebracht. Dit hangt samen met de hoge emotionele impact van verhalen, waar partners vaak niet aan gewend zijn. Bij het aanhoren van verhalen kunnen partners dusdanig ontdaan raken, dat zij zelf geen ruimte meer hebben om de arts nog emotionele ondersteuning te kunnen bieden. Een bevinding als deze wijst op het belang van een veilige teamsfeer voor artsen; als men emotionele geraaktheid niet privé noch in het team kan bespreken, krijgen artsen niet de kans om emoties die voortkomen uit de medische werkpraktijk te verwerken.

R7M: Mijn vrouw is ook arts, die zorgt voornamelijk voor volwassenen. Dat ik héél sterk merk, dat ik het er met haar gewoon niet over kan hebben. Zij identificeert zich veel meer met die ouders, met dat kind. En dat is een soort van onuitgesproken afspraak, of tenminste gedeeltelijk uitgesproken afspraak met elkaar. Dat ik het daar gewoon niet teveel over heb, omdat zij inderdaad dan vervolgens, in plaats van mij, 's nachts wakker ligt om aan zoiets te denken. Eh...terwijl ik daar rustig naast lig te slapen. Dat heb ik dus serieus een paar keer gehad, als er iets heel heftigs is, dat je toch behoefte hebt om dat even met, als het er op je werk niet van gekomen is, om dat thuis te bespreken. En dat je dan ook wel weer denkt van, als er de volgende ochtend gezegd wordt van 'volgende keer...doe het even niet meer'. Dat is soms dan toch wel lastig, dat je heftige dingen meemaakt en dat je thuis eigenlijk dan af moet wegen welke dingen je wel en welke dingen je niet bespreekt.

Bespreken met vrienden

Uit de interviews komt incidenteel naar voren dat de respondenten ervaringen van emotionele geraaktheid uit de medische werkpraktijk niet met vrienden kunnen delen. Omdat vrienden al snel 'gechoqueerd zijn door de heftigheid van het verhaal' ervaren artsen geen ruimte meer om de eigen beleving met hen te delen. Vrienden 'vinden de inhoud van het verhaal al zo heftig' en worden tijdens het vertellen van de ervaring eveneens emotioneel geraakt, waardoor vrienden dan geen ruimte meer hebben om de artsen zelf te kunnen ondersteunen (R1V).

4.4.3 In relatie tot toerusting, studie en specialisatie

De respondenten vinden dat je op diverse wijzen toegerust kunt zijn voor de omgang met emotionele geraaktheid. Allereerst worden er toerustingswijzen door respondenten genoemd, die niet als actuele behoefte worden uitgesproken maar wel als functioneel worden gezien. De

respondenten noemen hier voornamelijk een gezonde werk-privé balans, de eigen opvoeding en humor. Daarnaast bestaan er onder alle respondenten behoeften aan extra toerusting in de studie geneeskunde of de opleiding tot medisch specialist; dit zijn toerustingswijzen die artsen expliciet als behoefte noemen. Omdat functionele toerustingswijzen van belang kunnen zijn voor de behoeften van andere artsen, is besloten om deze kort voorafgaand aan de genoemde behoeften in de studie geneeskunde en opleiding tot medisch specialist te bespreken.

Zelfzorg, opvoeding en humor

Een goede balans in werk en privé wordt door enkele respondenten genoemd als toerusting. Volgens hen zorgt dit ervoor dat je als mens goed in je vel zit en het werk draaglijk blijft; zij noemen bijvoorbeeld een goede nachtrust, sporten of activiteiten ondernemen met vrienden om de emotionele impact van het werk voor zichzelf draaglijk te houden (R8V, R11V).

Tevens noemen enkele artsen de eigen opvoeding als manier om voor omgang met emotionele geraaktheid toegerust te zijn. Deze artsen (R5V, R9M, R10V) noemen bijvoorbeeld ‘omzien naar elkaar’, ‘nuchter met dingen omgaan’ of opgevoed zijn vanuit de opvatting ‘dat leven niet vanzelf gaat, maar dat dat ook niet erg is’. De vorming die zij uit opvoeding verkregen, helpt hen bij het omgaan met emotionele geraaktheid en bij het ondersteunen van collega’s daarin. Tot slot wordt humor door twee artsen genoemd als toerusting bij het omgaan met emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk. Dat ‘moet je ook vaak goed aanvoelen of dat kan of niet, natuurlijk zeker als het te maken heeft met de ziekte van een kind. Maar ja, dat maakt soms wel dat je in de situatie iets kan ontspannen of relativeren’ (R1V).

R9M: *Ik hou erg van zwarte humor, dus ik kan ook hele harde mooie grappen maken.*

Volgens mij doen heel veel dokters dat onderling en is dat een heel goed mechanisme om de boel ook weer een beetje te vluchtigen en ermee te dealen. En ik vind dat wel een positieve manier. Het is voor mij niet een manier om het weg te stoppen, maar een manier om het soms draaglijk te houden. Ik ben bang dat het geassocieerd wordt met...dat je dingen niet op waarde schat of dat je emoties weg duwt. Maar bij mij hoort dat er helemaal niet bij en is zwarte humor ook een ode aan die emoties.

De studie geneeskunde

Een behoefte die door respondenten veel genoemd wordt, is aandacht voor de toerusting op emotionele geraaktheid binnen de studie geneeskunde en de medische specialisatietrajecten. Vier artsen (R2M, R5V, R8V, R12M) vertellen dat dit thema tijdens de studie geneeskunde

min of meer afwezig is gebleven. Zij zijn van mening dat de studie geneeskunde artsen in spe beter moeten toerusten op de emotionele impact van de medische werkpraktijk.

***R7M:** Een van de eerste dingen die je eigenlijk in je geneeskunde opleiding...ik zou bijna zeggen krijgt aangeleerd, is dat je je niet meer zo emotioneel laat meeslepen door alles wat je de hele dag door ziet. Omdat je dan eigenlijk gewoon niet kan functioneren.*

De respondenten hebben ervaren dat de aandacht die in de studie geneeskunde uitging naar emoties in de medische werkpraktijk, voornamelijk betrekking had op het houden van afstand en het zorgen dat het leed van anderen niet te zeer werd aangetrokken. Achteraf gezien geven zij aan daarover ontevreden te zijn doordat zij onvoldoende waren toegerust op het omgaan met emotionele situaties en de eigen emotie. Er bestond een contrast tussen hetgeen waar zij op waren voorbereid en hetgeen zij aantreffen tijdens het functioneren in de werkpraktijk.

De opleiding tot medisch specialist

Naast de studie geneeskunde wordt het opleidingstraject tot medisch specialist genoemd als een plek waar toerusting voor omgang met emotionele geraaktheid mag worden aangedragen. Vrijwel alle respondenten zien de medische vervolgopleidingen als een aangewezen plek om aandacht te besteden aan het omgaan met de emotionele impact van de medische werkpraktijk. Binnen de opleiding van artsen in opleiding tot specialist (hierna: AIOS) zouden de respondenten, zowel in het theoretisch curriculum als in de praktijk op de afdelingen, meer aandacht willen zien voor dit thema. De meeste respondenten geven expliciet aan dat zij dit hebben gemist en vinden dat zij beter voorbereid hadden kunnen worden op emotionele geraaktheid en de emoties die de medische werkpraktijk kan oproepen. Zij zien hier een belangrijke rol weggelegd voor de opleiders en opleidingshoofden van medische vervolgopleidingen (R6V).

***R7M:** Aan de andere kant, als ik kijk naar de opleiding kindergeneeskunde, was er überhaupt ruimte voor reflectie over dingen die je meemaakt of enige vorm van begeleiding daarbij? Nul! Terwijl ik wel denk dat die behoefte er wel is. Je ziet wel dat bepaalde collega's tijdens hun opleiding ook wel verder afstompen, of die er last van krijgen omdat ze zich emotioneel te veel betrekken bij bepaalde dingen. Maar ik heb het in mijn opleiding wel als een gemis ervaren, we hebben het gewoon echt letterlijk nooit op een gestructureerde manier gehad over de emotionele impact van je werk of wat je meemaakt, op je persoon.*

Een respondent beseft tijdens het interview dat zij zelf mede verantwoordelijk is voor de beperkte aandacht en ruimte voor emoties bij het opleiden van AIOS. Samen met haar collega-specialisten geeft zij vorm aan het opleidingsklimaat op de werkvloer en daarbij kunnen zij ‘soms best kort door de bocht zijn’ in situaties waar AIOS emotioneel geraakt worden. Soms wordt er bij hen gezegd ‘als je daar nu al last van hebt, dan wordt het niet wat’. Zij stelt dat het zou helpen om van te voren stil te staan bij de hevige situaties waarmee je als arts geconfronteerd kunt worden (R6V).

Intervisiegroepen

Een andere behoefte die specifiek naar voren komt vanuit de medische specialisatie, is de integratie van intervisiegroepen. Verschillende artsen hebben tijdens hun specialisatie goede ervaringen gehad met intervisiegroepen, maar het heeft soms lang geduurd voordat men hier toe kwam omdat dit facultatief en uit eigen beweging werd opgezet. Enkele artsen zijn van mening, dat het goed zou zijn als intervisiegroepen ingebed worden in de specialisatie, omdat het voor henzelf en opleidingsgenoten veel zelfinzicht en toerusting heeft gebracht.

R7M: Dat we een intervisiegroep zijn gestart in de avonduren buiten het werk met een aantal collega's. Het was altijd een opluchting om te zien van: 'oh, dat heeft de rest ook allemaal!' Terwijl je voor je gevoel hebt, dat je daarin alleen staat, of dat jij dat alleen hebt. En ik denk dat daar echt een manco zit in de opleiding. Als je niet af en toe, al is het maar twee keer per jaar of vier keer per jaar, met collega's daarover praat, dat je zulke dingen ook niet van elkaar weet. En dat zijn wel dingen dat, als ze blijven 'broeien' die uiteindelijk wel voor burn-out-achtige dingen kunnen zorgen. Dat je het telkens op jezelf blijft betrekken, of blijft denken: heb ik het wel goed gedaan. Of waarom twijfel ik altijd zo aan mezelf, of waarom durf ik nooit een beslissing te nemen. Dus ik denk dat daar nog wel een taak ligt voor de opleiding.

5. Conclusie en discussie

In dit laatste hoofdstuk komt het onderzoek tot afronding. De belangrijkste thema's uit de onderzochte ervaringen worden besproken en in dialoog gebracht met het theoretisch kader, waarop beantwoording van de hoofdvraag (paragraaf 5.1) volgt: 'Hoe gaan artsen om met momenten waarop zij emotioneel geraakt worden in de medische werkpraktijk?'.

Aansluitend sta ik stil bij de beperkingen van dit onderzoek (paragraaf 5.2), doe ik suggesties voor vervolgonderzoek (paragraaf 5.3) en enkele praktische aanbevelingen (paragraaf 5.4) om te eindigen met een slotconclusie (paragraaf 5.5).

Allereerst wil ik kort stilstaan bij de definitie van 'emotionele geraaktheid' in dit onderzoek. Wanneer respondenten gevraagd worden naar ervaringen met emotionele geraaktheid, blijkt dat emotionele geraaktheid door hen zeer breed wordt geïnterpreteerd. De situaties waarin artsen emotioneel worden geraakt, blijken daarmee van bredere aard dan de definitie (zie paragraaf 3.6) oorspronkelijk omvat. Decety en Fotopoulou (2015) definiëren emotionele geraaktheid als "affectie die opkomt wanneer men zich verbonden voelt met- en zich herkent in de emotie van een andere persoon" (p. 2). Artsen worden echter ook emotioneel geraakt in situaties die niet direct met de verbondenheid met- of herkenning in emoties van anderen te maken hebben.

Hieruit blijkt dat de aanvankelijk gekozen definitie van emotionele geraaktheid te nauw is, om de betekenissen waarmee emotionele geraaktheid bij artsen omgeven is recht te kunnen doen. Artsen vertellen dat zij niet alleen geraakt worden in relationele situaties, zoals door het aanzien van leed van patiënten. Ook buiten de relationele sfeer doet emotionele geraaktheid zich bij artsen voor; voorbeelden daarvan zijn het maken van medisch-technische fouten of aangeklaagd worden door patiënten. Aangezien dit kwalitatief onderzoek fenomenologisch van aard is staat het expliciet open voor de betekenissen waarmee de geleefde ervaringen van artsen omgeven zijn. Hierom heb ik besloten om ervaringen die artsen zelf benoemen, wanneer zij gevraagd worden naar situaties waarin zij emotioneel geraakt werden, in de volle breedte te betrekken. Gevolg hiervan is dat enkele onderzoeksresultaten, met name daar waar emotionele geraaktheid plaatsvindt in technische situaties, zich buiten de definitie van Decety en Fotopoulou (2015, p. 2) bevinden.

Artsen worden emotioneel geraakt in diverse situaties

Artsen worden emotioneel geraakt in zowel relationele situaties, als in technische situaties.

De emotionele geraaktheid van artsen in relationele situaties komt voort uit gehecht zijn aan- en identificatie met de patiënten die zij begeleiden. Gehecht zijn is hier een gevolg van de langdurige begeleiding van patiënten, waardoor artsen zich het lot van deze patiënten meer aantrekken. Identificatie is hier een gevolg van herkenning in gelijkenissen rondom de sociale achtergrond van de patiënt en dienst naasten. In enkele gevallen gaat identificatie nog verder: met name wanneer artsen zelf jonge kinderen hebben, geven zij aan dat het leed van jonge patiënten hen acuut aangrijpt en resulteert in vrees voor het welzijn van de eigen kinderen. Starkey (2008) stelt dat dergelijke hevige plotselinge emoties iets vertellen over de urgentie van de casus (p. 441) maar dat is bij deze ervaringen de vraag. De patiënt waarbij de projectie door de arts ervaren wordt is weliswaar de aanjager van emotionele geraaktheid, maar het onderwerp waar de emotionele geraaktheid hier betrekking op heeft is al gauw niet meer de patiënt, maar de naasten van de arts. Door het werken met patiënten voelen artsen zich op de lange termijn soms geconfronteerd met de kwetsbaarheid van menselijk leven en het besef dat deze ook op henzelf en hun naasten van toepassing is.

De emotionele geraaktheid van artsen in technische situaties komt voort uit het maken van fouten, aandoen van leed en het actorschap dat met medisch-technisch ingrijpen gepaard gaat. Uit bestaand onderzoek is reeds bekend dat het maken van medische fouten voor veel artsen een beladen onderwerp is, dat het een grote emotionele impact op hen kan hebben (Helmich, 2012, p. 30). Ook is bekend dat artsen zichzelf vaak onrealistisch hoge eisen stellen, waardoor zij fouten en tegenvallende operaties opnemen als een hoogstpersoonlijk falen (Halpert, 2009, p. 1040). De respondenten vertellen dat foutenreductie een doorlopend streven is binnen de medische werkpraktijk, dat eveneens bijdraagt aan de beladenheid van dit onderwerp.

Er is een onderscheid te maken tussen onvermijdbare ‘universele’ fouten die iedere arts had gemaakt en ‘persoonlijke’ fouten die mogelijk vermijdbaar waren geweest.

Bij het maken van onvermijdbare fouten gaat het veelal om het overlijden van patiënten die in kritieke toestand het ziekenhuis binnenkomen en binnen enkele uren komen te overlijden. In dergelijke situaties worden artsen emotioneel geraakt door het ervaren van controleverlies. Artsen ervaren dat een patiënt hen door de vingers glipt en vertellen dat zij daar soms een ‘ontredderd’ gevoel aan over houden of het gevoel hebben dat zij met lege handen te staan. Het maken van vermijdbare fouten voelt voor artsen persoonlijker aan. Artsen ervaren daarbij schuldgevoelens. Zij beseffen dat zij de patiënt iets hebben aangedaan en voelen het gewicht van het actorschap dat van hun handelen uitgaat. De respondenten vertellen daarna met lood

in de schoenen bij patiënten langs te gaan. Vermijdbaarheid blijkt een complex begrip in een opleidingsziekenhuis omdat de competentie van artsen toeneemt naarmate zij praktijkervaring opdoen. Artsen kunnen dus iets naar volledige competentie, eer en geweten uitvoeren en dan tóch een vermijdbare fout maken: dergelijke fouten zijn inherent aan de leercurve of almaar toenemende ervaring van artsen tijdens het werken in een opleidingsziekenhuis. De schade die met medische fouten gepaard gaat wordt niet aangebracht aan dingen maar aan mensen en kan om deze reden soms wringen met het schone geweten dat artsen zelf graag willen behouden.

Artsen willen ondersteunend blijven naar patiënten

Wanneer artsen emotioneel geraakt worden in het contact met patiënten, vinden zij het van belang om faciliterend te kunnen blijven naar patiënten toe. Het verdriet en het ziekteproces van de patiënt moeten namelijk centraal staan, zo vinden zij. Artsen vinden dat zijzelf nooit het onderwerp van gesprek moeten zijn en dat zij vervangbaar zijn door iedere andere collega. Daardoor zien artsen zich doorlopend geconfronteerd met een emotioneel balanceren; staan de situatie- en de anderen waartoe ik mij verhoud het toe mijn emotionele geraaktheid te tonen? Wanneer artsen denken dat het tonen van eigen emotionele geraaktheid voor de patiënt niets toevoegt dan gaan artsen over tot het onderdrukken van de emotie, of zonderen zij zich af om buiten het zicht van anderen uiting te geven aan hun emotionele geraaktheid. Uit de resultaten blijkt dat artsen incidenteel door patiënten worden opgemerkt wanneer zij zich afzonderen bij een ervaring van hevige emotionele geraaktheid. De artsen komen daar soms ook op terug in gesprek met de patiënt. In overeenstemming met Benjamin (2009, p. 442) blijkt dat juist de kwetsbare opstelling van artsen en de bereidheid daartoe, voorwaarden zijn om emotionele geraaktheid met patiënten te kunnen nabespreken. Bij de respondenten kwamen bijvoorbeeld de emotie van de arts en de mate waarin een patiënt dit als professioneel ervaart centraal te staan bij het nabespreken. Dit zou ondenkbaar zijn geweest wanneer de respondenten zich defensiever hadden opgesteld in het contact met de patiënt. Van gesprekken die Benjamin beschrijft als *moral third* gesprekken, was bij de respondenten echter geen sprake. Wanneer de respondenten hun emotionele geraaktheid met patiënten nabespreken worden namelijk wel ervaringen uitgewisseld, maar nooit met een gedeelde ervaringsmoraal als doel in zichzelf.

Artsen willen medisch-technisch controle behouden

Omdat het ervaren van controle voor artsen een van de hoekstenen van hun handelen blijkt, tonen zij zich huiverig om emotionele geraaktheid en medisch-technisch handelen met elkaar te laten interfereren. Bij het voelen en tonen van emotionele geraaktheid is het ervaren van

controle een belangrijk thema. Wanneer artsen emoties van een milde intensiteit ervaren, blijven deze voor hen goed beheersbaar. Wanneer emotionele geraaktheid met een hogere emotionele intensiteit gepaard gaat, komt de emotionele geraaktheid op gespannen voet te staan met de controle die artsen willen bewaren in het medisch-technisch handelen. Treffend voorbeeld zijn de situaties waarin artsen het leed van patiënten op de eigen privésituatie betrekken, waardoor zij plotseling vrezen voor het welzijn van hun eigen kinderen of naasten. Artsen vertellen dat dergelijke plotselinge momenten van emotionele geraaktheid indringend kunnen zijn en hen op dat moment ook kunnen beheersen. Zij komen er niet toe deze emoties te verkennen en gepaard te laten gaan met reflectiviteit. Halpern (2001, p. 49) stelt dat juist de reflectiviteit van groot belang is om de controle over de eigen emoties te kunnen behouden. Artsen worden bij plotselinge hevige emotionele geraaktheid echter zodanig overvallen, dat zij zelden de tijd nemen om daar reflectief bij stil te staan. Hoewel respondenten de klinische realiteit niet uit het oog verliezen, krijgen zij hevige emotionele geraaktheid nauwelijks meer onderdrukt. Zij vinden dan ook dat er voor hevige emotionele geraaktheid geen plaats is op de momenten dat er medisch-technisch gehandeld moet worden. Op dergelijke momenten vinden zij dat je de emoties moet onderdrukken, of moet zorgen voor waarneming door een collega. Hevige en plotselinge emotionele geraaktheid blijkt echter problematisch: artsen kunnen hier moeilijk op anticiperen door het plotselinge karakter en ook het onderdrukken lukt niet altijd. Hoewel onderzoek van Buckman (2002, p. 672) stelt dat artsen emoties uit zelfbescherming kunnen blokkeren, Frijda (2005, p. 453) noemt dit “defensieve uitsluiting”, blijkt de praktijk toch weerbarstiger. De respondenten beschrijven verschillende ervaringen waarin emotionele geraaktheid hen als het ware naar de keel grijpt. Zij proberen op dat moment de knop om te zetten en dit te onderdrukken maar toch blijven er incidenteel situaties waar de artsen hevig emotioneel geraakt in medisch-technische handelingen verwickeld zijn.

Emoties en taakopvatting

Indien artsen emoties ervaren met een milde intensiteit, zijn zij eerder geneigd deze te tonen in hun handelen en naar patiënten toe. Zij ervaren deze ook vaker als passend bij het moment. In overeenkomst met bestaand onderzoek wordt het tonen van emotionele geraaktheid op dit soort momenten door artsen ervaren als een toevoeging aan een betekenisvolle behandelrelatie met de patiënt (Halpern, 2001; Roter, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006).

Indien emotionele geraaktheid van artsen plotseling en heviger van aard is, zoals in situaties waar het lijden van patiënten door projectie in verbinding komt te staan met de privésituatie,

merken artsen enerzijds dat hun emoties niet meer over de patiënt gaan en anderzijds dat deze soms te heftig zijn om nog te kunnen functioneren. Artsen merken dat emotionele geraaktheid dan invloed uitoefent op de controle die zij ervaren in hun handelen.

De respondenten willen de eigen emotionele geraaktheid graag controleren omdat zij vinden dat emoties de kwaliteit van zorg kunnen bedreigen. Met name hevige emotionele geraaktheid wordt om deze reden vaak afgezonderd tot uiting gebracht. Uit de resultaten blijkt echter dat patiënten de emotionele geraaktheid van artsen vaak opvatten als een stuk kwaliteit van zorg. Deze conclusie werpt de vraag op hoe artsen aankijken tegen hun taakopvatting en in welke mate het tonen van eigen emoties passend kan zijn bij het bieden van zorg aan patiënten. Waar patiënten de door artsen getoonde emoties doorgaans bleken te waarderen, waren de respondenten daar zelf soms terughoudender in.

De controle-paradox: emoties afzonderen

Uit de ervaringen van de respondenten blijkt dat emotionele geraaktheid, zeker wanneer deze gepaard gaat met hevige emoties, soms op gespannen voet staat met het ervaren van controle. Met andere woorden: hoe heviger de emoties die met emotionele geraaktheid gepaard gaan, hoe minder controlegevoel een arts ervaart bij het functioneren. En andersom: hoe meer de respondenten zich op (medisch-technische) controle richten, hoe minder zij geneigd of ontvankelijk zijn om zich emotioneel te laten raken. Deze bevinding is van toepassing op zowel de relationele als de technische situaties waarin artsen emotioneel geraakt worden.

In tegenstelling tot de bevindingen van Janssens, Sweerts en Vingerhoets (2015, p. 2444), vinden de respondenten niet dat een arts altijd de volledige controle over de eigen emoties dient te behouden. Met name in relationele situaties vinden zij het veel gebruikelijker om deze controle wat los te laten, omdat dit wordt gezien als passend bij de tragiek waarmee patiënten zich op bepaalde momenten geconfronteerd zien.

In technische situaties ligt dit heel anders: respondenten vinden emoties onverenigbaar met weloverwogen handelen en vinden dat emoties dan ‘even’ (dit woord werd veel genoemd) geparkeerd of apart gereguleerd moeten worden; gescheiden van medisch-technisch handelen. Het uiten van emotionele geraaktheid wordt in deze situaties vaak onderdrukt of afgezonderd. Hoewel Starkey (2008, p. 452) stelt dat reflecteren op eigen emoties een versturende invloed op het klinische redeneren kan voorkomen omdat deze bewust worden geadresseerd, nemen de respondenten daar in technische situaties zelden de tijd voor. Vaak worden emoties door

hen onderdrukt, omdat deze wordt ervaren als een verstorende factor bij het controlebehoud. Met deze uitsluiting dragen artsen mogelijk zelf bij aan de aparte positie van emoties en het ongebruik van het tonen van emotionele geraaktheid binnen de medische werkpraktijk. De mate waarin emotionele geraaktheid met collega's besproken worden, is mede afhankelijk van de intensiteit of hevigheid van de ervaring. Ook het teamklimaat blijkt hierbij van belang.

Teamklimaat en bespreekbaarheid

Alle respondenten vertellen behoefte te hebben aan collega's waarmee- en een team waarin emotionele geraaktheid besproken kan worden. Toch bestaan er grote onderlinge verschillen in het teamklimaat en de mate waarin emotionele geraaktheid bespreekbaar is.

Bij respondenten met schouwende "relationele" specialismen worden de ervaringen van artsen met emotionele geraaktheid doorgaans meer openbaar in de teamsfeer besproken. Dit staat in verband met de veiligheid die artsen binnen het team ervaren: het is een gebruikelijk gespreksthema, waarvan men weet dat het uiten geen negatieve weerslag zal hebben op hoe de eigen professionaliteit wordt gezien door anderen. Bij respondenten die werkzaam zijn op een afdeling met een schouwend karakter is het bespreken van emotionele situaties vaker ingebed in het werkproces; het is daar gebruikelijk om met het team bij emoties stil te staan.

Bij respondenten met een snijdend (sub-)specialisme die werkzaam zijn op een afdeling acute zorg en technische situaties op de voorgrond staan, wordt emotionele geraaktheid zelden of nooit in de teamsfeer besproken. Het tonen van emotionele geraaktheid is daar ongebruikelijk en in sommige gevallen zelfs een reden voor artsen om een collega die dit wel doet incompetent te verklaren. Overeenkomstig met de bevindingen van Pruthi & Goel (2014, p. 249) houdt dit verband met een archetypisch beeld van wat een arts een goede arts maakt; waarbij sterk en zelfverzekerd zijn alsmede het volledig behoud van de controle door de arts als normgevend worden gezien.

Mogelijk speelt generatie hierin een rol; een klein aantal respondenten heeft de ervaring dat collega's van oudere generaties het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid afkeuren of ontmoedigen. Deze respondenten stellen dat jongere collega's veel explicieter de behoefte hebben om ruimte te geven aan emotionele geraaktheid en dat dit onderwerp voor de jongere collega's veel minder beladen zou zijn.

Aangezien de oudere generatie een grote invloed heeft op het teamklimaat en wat daarin als gebruikelijk gezien wordt, lijkt het onderwerp van emotionele geraaktheid binnen het team weinig gehoor te krijgen. Theorie van Jaggar (Alcoff & Kittay, 2007, p. 106) zien we hier

bevestigd. Het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid door jongere artsen wijkt af van de norm zoals die door de groepsleden met sociale macht gesteld wordt. Wanneer artsen ervaringen van emotionele geraaktheid binnen het team willen tonen of bespreken, worden zij door hun collega's niet begrepen of erkend.

Wanneer artsen, op de afdelingen waar acute zorg en technische situaties op de voorgrond staan, de behoefte ervaren om een eigen ervaring met emotionele geraaktheid te tonen of te bespreken doen zij dit meestal niet in teamverband. Zij geven aan bang te zijn dat zij van collega's geen bevestiging of erkenning ontvangen op de getoonde kwetsbaarheid. Het bespreken van ervaringen van emotionele geraaktheid vindt daardoor vaak plaats met een individuele collega van wie de arts die erkenning wél verwacht of men bespreekt het thuis met de partner. Het bespreken van emotionele geraaktheid onttrekt zich hierdoor op afdelingen waar acute zorg en technische situaties op de voorgrond staan meer aan het zicht van collega's en teamgenoten. De eerder genoemde voorbeeldfunctie (sub-paragraaf 4.4.1, p. 58) die artsen aan hun collega-artsen ontleen bij de omgang met emotionele geraaktheid, is daardoor voor respondenten die op een technische afdeling werkzaam zijn veel minder vanzelfsprekend aanwezig.

Concluderend kan gesteld worden dat op het gebied van bespreekbaarheid een behoefte ligt, die onder respondenten breed gedeeld wordt. Nagenoeg alle respondenten hebben de behoefte om hun emotionele geraaktheid te kunnen tonen en bespreken, zonder dat daaraan een oordeel wordt gegeven of collega's hen daarna als minder professioneel of competent gaan bezien. Deze behoefte geeft aan dat artsen zoeken naar een nieuwe norm met betrekking tot de positie van- en omgang met emotionele geraaktheid onder artsen in de medische werkpaktijk.

Normverandering en toerusting

De respondenten hebben behoefte aan een nieuwe norm in de medische werkpaktijk waarin emotionele geraaktheid getoond en besproken kan worden. Deze norm scheppen artsen enerzijds zelf op de afdeling of in een team, maar anderzijds worden de studie geneeskunde en de opleiding tot medisch specialist door respondenten gezien als een plek die de norm scheidt. De respondenten vertellen dat er in het curriculum van hun studie geneeskunde niet of nauwelijks aandacht werd besteed aan de omgang met emoties of situaties waarin emotionele geraaktheid zich bij artsen kan voordoen.

Uit de ervaringen van respondenten blijkt eerder het tegenovergestelde. Tijdens het volgen van de studie geneeskunde werden afstand nemen tot- en afsluiten voor emoties in de

medische werkprijktijk als norm gesteld. Dit is volledig in lijn met bestaand onderzoek dat stelt dat onderdrukking van emoties de norm is in de studie geneeskunde en dat *detachment* of afstandelijkheid als voorbeeld gesteld wordt (Giebner, 2015; Guillemin, 2015; Whitehead, 2012). Tijdens hun functioneren bemerkten de meeste respondenten dat deze norm, waarin de arts zich met grote afstand tot het leed van de patiënt verhoudt, onhoudbaar bleek te zijn.

Artsen geven aan dat zij meer toerusting vanuit de studie geneeskunde hadden gewenst. Zij noemen daarbij expliciet het stilstaan bij wat de werkprijktijk bij een arts los kan maken en hoe je daar zoal mee om kunt gaan. De respondenten leerden vanuit het curriculum van hun studies geneeskunde om emotionele geraaktheid te onderdrukken om op de been te blijven, maar konden deze toerustingsvorm niet rijmen met momenten waarin emotionele geraaktheid zich bij hen voordeed. Dit bevestigt de stelling van Pruthi & Goel (2014) dat artslen onvoldoende worden toegerust op emotionele situaties in de medische werkprijktijk (p. 250).

5.1 Beantwoording hoofdvraag

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: “Hoe gaan artslen om met momenten waarop zij emotioneel geraakt worden in de medische werkprijktijk?”. Dit onderzoek concludeert dat de omgang van artslen met momenten waarop zij emotioneel geraakt worden in de medische werkprijktijk, afhankelijk is van de situatie waarin- en de hevigheid waarmee zij emotioneel geraakt worden. Artslen worden emotioneel geraakt in relationele situaties en in technische situaties: beide soorten situaties resulteren bij artslen in andere afwegingen.

In relationele situaties vinden artslen het belangrijk dat hun eigen emotionele geraaktheid niet ten koste gaat van de ondersteuning van patiënten. De respondenten geven aan dat een arts patiënten moet kunnen bijstaan en dat het uiten van emotionele geraaktheid er nooit toe mag leiden dat artslen daardoor zelf centraal komen te staan in het contact met de patiënt. Artslen vinden het belangrijk om patiënten in hun ziekteproces te ondersteunen en aandacht te hebben voor de beleving die patiënten daarbij hebben; dit blijkt steeds een doel in zichzelf te zijn. Het uiten van milde emotionele geraaktheid naar patiënten toe wordt vaker als gepast ervaren en gaat niet ten koste van de controle die artslen in hun begeleiding ervaren. De respondenten kiezen er daarom vaker voor om deze ervaringen toe te laten of deze te uiten naar patiënten toe. Hevige emotionele geraaktheid vinden respondenten minder gepast om naar patiënten toe te uiten, omdat de hevigheid in hun ogen ten koste gaat van de aandacht voor de patiënt. Deze hevige emotionele geraaktheid komt voort uit projectie (leed van de patiënt resulteert in

vrees voor eigen kwetsbaarheid of die van naasten) of uit het gehecht zijn aan de patiënt (door identificatie met de patiënt of na een langdurende behandeling).

In technische situaties vinden artsen het belangrijk dat het medisch-technisch handelen niet onder ervaringen van emotionele geraaktheid te lijden heeft. De respondenten geven aan dat zij het ervaren van controle in hun medisch-technisch handelen van groot belang vinden. Om als arts weloverwogen te kunnen handelen, willen de respondenten het hoofd helder houden. In technische situaties kiezen de respondenten er vaker voor om emotionele geraaktheid te onderdrukken, zodat zij hun aandacht op het medisch-technisch handelen kunnen richten. Ook in technische situaties speelt de hevigheid waarmee emotionele geraaktheid gepaard gaat een rol bij de manier waarop de respondenten daarmee omgaan. Milde emotionele geraaktheid wordt door respondenten vaker getoond aan de patiënt, met name als de situatie van patiënten verslechtert zonder dat dit voorkomen had kunnen worden. Het tonen gebeurt dan *post hoc* en de nadruk ligt daarin op meeleven. Hevige emotionele geraaktheid in technische situaties komt voort uit het actorschap dat gepaard gaat met medisch-technisch handelen van artsen. De respondenten beseffen dat hun handelen in deze situaties onderscheidend kan zijn tussen leven en dood en ervaren emoties bij de intensiteit die deze momenten met zich meebrengen. Bijvoorbeeld in acute situaties op de intensive care waar in korte tijd veel van het technisch handelen afhangt, of in situaties waar artsen een fout maken die vermijdbaar zou kunnen zijn geweest. Terugkerende thema's bij hevige emotionele geraaktheid in technische situaties zijn het ervaren van controleverlies, zelftwijfel, schuld en een schoon geweten willen behouden. Hevige emotionele geraaktheid in technische situaties wordt door de respondenten nooit geuit naar patiënten toe en eveneens zelden of nooit naar collega's toe.

Het teamklimaat waarin artsen functioneren is mogelijk van invloed op de manier waarop artsen omgaan met hun emotionele geraaktheid. Respondenten die een veilige teamsfeer ervaren, waarin de emotionele geraaktheid van artsen een geaccepteerd gespreksonderwerp vormt, delen hun ervaringen van emotionele geraaktheid vaker met het gehele team of verscheidene collega's. Respondenten die aangeven dat emotionele geraaktheid in het team een ongebruikelijk gespreksonderwerp is, voelen onvoldoende veiligheid om ervaringen met emotionele geraaktheid in de teamsfeer te delen terwijl zij daartoe wel de behoefte voelen. Omdat emotionele ondersteuning vanuit het team ontbreekt, zoeken deze respondenten meer incidenteel contact met een enkele collega waarvan zij een begripvolle reactie verwachten.

5.2 Beperkingen van dit onderzoek

Binnen deze paragraaf zal ik ingaan op enkele beperkingen waaraan dit afstudeeronderzoek, mede als gevolg van beperkte tijd en middelen van de onderzoeker, onderhevig is geweest.

Een eerste beperking is de homogeniteit van de betrokken respondenten; van de in totaal 12 respondenten zijn er 10 kinderarts en 2 snijdend specialist. Hoewel er meerdere specialismen in dit onderzoek betrokken zijn, is kindergeneeskunde daarbij dus zwaar vertegenwoordigd. Thema's zoals het actorschap van snijdend specialisten laten zien dat emotionele geraaktheid bij medische specialismen met specifieke specialisme-gerelateerde thema's omgeven kan zijn. Om die reden is het goed denkbaar dat emotionele geraaktheid ook met thema's samenhangt, die in dit onderzoek niet aan de orde zijn gekomen door de homogeniteit van de respondenten. Doordat inhoudelijke verzadiging optrad lijkt het aannemelijk dat de aangetroffen thema's in bepaalde mate representatief zijn voor de thema's waarmee emotionele geraaktheid van artsen in de medische werkpraktijk omgeven is.

Een tweede beperking is de mogelijkheid van een positieve bias bij respondenten. Een deel van de respondenten is betrokken op basis van diens eigen motivatie die mij niet altijd bekend was. Hierdoor bevonden zich mogelijk weinig artsen onder de respondenten die geen enkele affiniteit met emotionele geraaktheid hebben gehad. Voor een volledig begrip van emotionele geraaktheid in de medische werkpraktijk is het belangrijk om eveneens artsen met negatieve denkbelden over emotionele geraaktheid te betrekken, bijvoorbeeld om de onderliggende opvattingen te onderzoeken.

5.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

De resultaten van dit afstudeeronderzoek werpen vragen op, die verder onderzoek vereisen.

Een eerste suggestie gaat uit naar vervolgonderzoek naar de bezwaren die ervaren worden door artsen met een snijdend specialisme bij het tonen en bespreken van emoties en emotionele geraaktheid in teamverband. Uit de interviews met de respondenten met dergelijke (sub-)specialisaties blijkt dat er onder hun collega's soms bezwaren bestaan bij het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid. In enkele gevallen bestond er een verband met generatieverschillen. Collega's van de oudere generaties zouden anders zijn opgeleid en hielden er bezwaren of afwijzende attitudes op na, in relatie tot het tonen en bespreken van de emotionele geraaktheid van collega artsen. Om te begrijpen waar artsen met snijdende

specialismen hun overwegingen bij het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid in teamverband op baseren is kwalitatief vervolgonderzoek nodig. Het onderzoeken van de ervaringen binnen deze respondentengroep, met specifieke aandacht voor de achterliggende betekenis van de bezwaren waar het tonen en bespreken van emotionele geraaktheid mee omgeven is, kan het inzicht in de wijze waarop artsen met snijdende (sub-)specialismen omgaan met emotionele geraaktheid vergroten.

RIV: De mensen die ja zeggen op zo'n interview, dat is eigenlijk niet de groep die jij wilt zien denk ik. Want ik denk wel dat het type waar longarts Mariska Koster over schrijft, er nog wel heel veel zijn. En die zitten dan wat meer, gechargeerd gezegd, in de snijdende specialismen dan in de schouwende specialismen, denk ik. Recent is een [bekende] van mij nog stukgelopen als vijfdejaars AIOS-chirurgie, precies op dit aspect. Er zijn echt nog heel veel disciplines waar dat nog veel sterker leeft. Maar die disciplines zullen wat lastiger zijn om in te palmen.

Een tweede suggestie gaat uit naar het doen van grootschalig kwantitatief vervolgonderzoek naar emotionele geraaktheid onder artsen. Specifiek zou daarbij aandacht kunnen uitgaan naar onderlinge verschillen in medisch specialisme, gender, generatie en het nader verkennen van de mogelijke relaties tussen deze factoren en de omgang met emotionele geraaktheid binnen de medische werkpraktijk. Aansluitend op een dergelijk kwantitatief onderzoek kunnen tevens enkele kwalitatieve interviews bij deze verschillende respondenten afgenomen worden, zodat het combineren van beiden resulteert in een *mixed methods* onderzoek (Greene, 2007).

Mijn derde en laatste suggestie voor vervolgonderzoek gaat uit naar het actorschap van artsen in specialismen waar constant op de acute grens van leven en dood wordt gehandeld. Hierbij kan gedacht worden aan mobiel medische teams (MMT) of specialismen als traumachirurgie. De specifieke bevinding dat artsen ook emotionele geraaktheid kunnen ervaren als gevolg van het actorschap dat gepaard gaat met hun medisch-technisch handelen in acute situaties, is een nieuw inzicht dat in de literatuur niet of nauwelijks terugkomt. Het leren van artsen gaat soms gepaard met schade aan mensen: deze prijs willen mens noch arts graag betalen terwijl een ervaren arts al doende ontstaat. Een kwalitatief onderzoek onder de genoemde doelgroepen zou specifieke aandacht kunnen besteden aan ervaringen van controleverlies (het 'drama van de lege handen', zie afbeelding voorpagina) en schuld bij medisch-technische fouten.

5.4 Aanbevelingen

De onderzoeksresultaten en specifieke behoeften die door respondenten genoemd worden, geven reden tot het doen van drie aanbevelingen. Het eerste tweetal aanbevelingen heeft betrekking op de toerusting en ondersteuning binnen de studie en vervolgopleiding van artsen. Aangezien uit de resultaten blijkt dat artsen hun emotionele geraaktheid niet altijd met hun partner of vrienden kunnen bespreken worden deze aanbevelingen als belangrijk gezien omdat verwacht wordt dat deze de zelfzorg en geestelijke gezondheid van artsen kunnen bevorderen.

Mijn eerste aanbeveling heeft betrekking op de studie geneeskunde. De curricula van de studie geneeskunde hebben in belangrijke mate invloed op de thema's waarvoor artsen in spe worden toegerust. De respondenten in dit onderzoek geven aan dat zij graag hadden gezien dat er in de studie geneeskunde meer aandacht werd geschonken aan de emotionele impact van het werk in de medische werkpraktijk. Enkele artsen hebben ervaren dat het behoud van grote afstand tot het leed van patiënten in de studie als voorbeeld werd gesteld, terwijl dit bij het werk in de praktijk soms niet realistisch of onhoudbaar is gebleken.

Het behouden van grote afstand, ook wel *detachment*, ervaren de respondenten als een vorm van toerusting die niet toereikend is bij het omgaan met emotionele geraaktheid in het werk. Artsen lijken erbij gebaat te zijn om tijdens de studie geneeskunde toerusting aangereikt te krijgen voor de omgang met de eigen emoties die de medische werkpraktijk kan oproepen. Enkele respondenten geven aan dat zelfs het stilstaan bij het feit dát dit kan gebeuren al kan helpen bij het omgaan met momenten waarop zij emotioneel worden geraakt.

Om deze reden is mijn eerste aanbeveling om in curricula van studies geneeskunde aandacht te besteden aan emotionele geraaktheid bij artsen. Thema's waaraan gedacht kan worden zijn: cognitieve evenals affectieve aspecten van emoties, een verscheidenheid aan omgangswijzen met- alsmede het bespreekbaar maken van momenten waarop je als arts emotioneel geraakt wordt. Het onderwerp van emotionele geraaktheid kan bijvoorbeeld verbonden worden aan reflectiepractica, mits daar passend onderwijsmateriaal bij ontworpen en aangeboden wordt.

Een tweede aanbeveling is gerelateerd aan intervisie in de opleiding tot medisch specialist. De opleiders en superviserend medisch specialisten zijn grotendeels verantwoordelijk voor het opleidingsklimaat in de medische werkpraktijk. De respondenten in dit onderzoek geven aan dat zij behoefte hebben aan ruimte voor het tonen en bespreken van hun emotionele geraaktheid. De implementatie van intervisiegroepen in de medische specialisatie zou voor artsen in opleiding tot medisch specialist van belangrijke betekenis kunnen zijn.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat artsen vermoedelijk gebaad zijn bij het delen van hun belevingen en emoties ten tijde van hun specialisatietraject. Artsen geven aan dat zij deze intervisiegroepen graag in het standaardaanbod van hun specialisatietraject hadden gezien; enkelen hebben dit uiteindelijk op eigen initiatief georganiseerd en ondervonden dat het geruststelling en herkenning bracht; zaken waar zij op dat moment behoefte aan hadden.

Mijn derde en laatste aanbeveling heeft betrekking op de bespreekbaarheid van emotionele geraaktheid binnen teams. Respondenten met een snijdend specialisme vertellen te bemerken dat leeftijd een rol speelt in de omgang met emotionele geraaktheid van artsen. Zij stellen dat collega's van oudere generaties weinig bereid zijn om bij emotionele geraaktheid stil te staan, terwijl deze collega's de meeste invloed zouden hebben op normen binnen het teamklimaat. De respondenten zien emotionele geraaktheid als een aspect van hun professie en verlangen een teamklimaat waarin deze ervaringen onderling bespreekbaar zijn. Een aanbeveling aan teamleiders is om draagvlak te creëren voor het tonen en delen van emotionele geraaktheid, omdat deze ervaringen bij artsen direct verbonden zijn met het professioneel handelen.

5.5 Slotconclusie

Middels de illustraties van de ervaringen van respondenten met emotionele geraaktheid hoopt dit onderzoek bij te dragen aan normalisering van emotionele geraaktheid onder artsen in de medische werkpraktijk. Tevens draagt het bij aan de beperkte kennis over dit onderwerp. Het onderzoek maakt duidelijk dat het werken in medische werkpraktijk veel bij artsen losmaakt. Ook heeft het onderzoek nieuwe inzichten opgeleverd, omdat respondenten soms emotionele geraaktheid ervaren in situaties of om redenen die niet zo algemeen bekend zijn. Voorbeeld is het inzicht dat emotionele geraaktheid kan voortkomen uit de projectie van leed van patiënten op de eigen privésituatie en uit het technisch actorschap van artsen. Voor de ondersteuning bij emotionele geraaktheid vinden artsen het thuisfront en een veilig teamklimaat erg belangrijk. De resultaten laten echter zien dat de ervaringen van artsen in de privésfeer soms als te heftig worden ervaren en dat een veilige teamsfeer voor artsen niet vanzelfsprekend is.

Emotionele geraaktheid blijkt een onderwerp waar iedere arts in de medische werkpraktijk wel ervaring mee heeft, maar waar niet iedere arts met anderen over spreekt of kan spreken.

6. Literatuur

Alcoff, L.M. & Kittay, E.V. (Eds.). (2007). *The Blackwell guide to feminist philosophy*. Oxford: Blackwell Publishing.

Angoff, N.R. (2001). A piece of my mind: crying in the curriculum. *Journal of the American Medical Association*, 286(9), 1017-1018. doi:10.1001/jama.286.9.1017

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to. An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.

Benjamin, J. (2009). A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 441-450. doi: 10.1111/j.1745-8315.2009.00163.x

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Brand, P.L.P. (2006). *De stoel van God*. Houten: Sapienta.

Broeck van den, W. (2008). *Algemene psychologie*. Brussel: VUBPRESS.

Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *British Medical Journal*, 325, 672.

Curran, K.A. (2014). Too much information. The ethics of self-disclosure. *The New England Journal of Medicine*, 371(1), 8-9. doi: 10.1056/NEJMp1404119

Darwin, C. (1890). *The expression of the emotions in man and animals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Decety, J. & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Frontiers in Behavioural Neuroscience*, 8(457), 1-11. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00457

Dornan, T., Pearson, E., Carson, P., Helmich E. & Bundy, C. (2015). Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Medical Education*, 49, 174-185. doi: 10.1111/medu.12587

Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.

- Frijda, N. (2005). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Fuchs, T. & Koch, S.C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5(508), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00508
- Giebner, B. (2015). *Gedeelde ruimte. De ontvankelijkheid van zorgverleners in patiëntencontacten*. Delft: Eburon.
- Granek, L., Bartels, U., Scheinemann, K., Labrecque, M. & Barrera, M. (2015). Grief reactions and impact of patiënt death on pediatric oncologists. *Pediatric Blood Cancer*, 62, 134-142. doi: 10.1002/pbc.25228
- Granek, L. (2012). Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Archives of Internal Medicine*, 172(12), 964-966. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1426
- Greene, J. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. San Fransisco: Wiley.
- Guillemin, M. & Gillam, L. (2015). Emotions, narratives and ethical mindfulness. *Academic Medicine*, 90, 726-731.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 670-674.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Halpert, E. (2009). Some aspects of the psychoanalytic psychology of physicians. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1039-1056. doi: 10.1111/j.1745-8315.2009.00186.x
- Helmich, E. (2012). *Becoming a doctor. The early emotional and professional development of medical students*. Enschede: Ipskamp
- Jaggar, A.M. (1989). Love and knowledge: Emotion in feminist epistemology. *Inquiry*, 32(2), 151-176.

Janssens, K., Sweerts, C. & Vingerhoets, A. (2015). Schaamte over tranen. *Medisch Contact*, 50, 2442-2444.

James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 188-205.

Janvier, A. (2007). How much emotion is enough? *The Journal of Clinical Ethics*, 18(4), 362-365.

Kanne, M. & Grootenk, E. (2014). *Moresprudentie in de praktijk*. Delft: Eburon.

Kaye, E.C. (2015). Pieces of grief. *Journal of Clinical Oncology*, 33(26), 2923-2924. doi: 10.1200/JCO.2015.62.1334

Keinemans, S., De Jonge, E. & Kloppenburg, R. (2014). *Ethisch actorschap*. Delft: Eburon.

Kleinlugtenbelt, D. (2010). Socrates. De figuur Socrates en de kunst van het vragen stellen. In: *Levenskunst. Bevriend raken met jezelf en de ander*. Budel: Damon.

Koster, M. (2013). Arts heeft eenzaam beroep. *Medisch Contact*, 47, 2450 -2452.

Krauser, P.S. (1989). A piece of my mind. Tears. *Journal of the American Medical Association*, 261(24), 3612.

Leff, P.T., Chan, J.M. & Walizer, E.M. (1994). Artsen en emoties. *Kind en ziekenhuis*, 6, 42-45.

Little, M.O. (1995). Seeing and caring: The role of affect in feminist moral epistemology. *Hypatia*, 10(3), 117-137.

Magauran, C.E. & Brennan, M. (2008). Being a “good doctor”. *Journal of Palliative Medicine*, 11(3), 506-508. doi: 10.1089/jpm.2007.0206

Marcum, J.A. (2013). The role of emotions in clinical reasoning and decision making. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38, 501-519. doi: 10.1093/jmp/jht040

Maso, I. & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

- Menninghaus, W., Wagner, V., Hanich, J., Wassiliwizky, E., Kuehnast, M. & Jacobsen, T. (2015). Towards a psychological construct of being moved. *PLoS ONE*, *10*(6), 1-33. doi: 10.1371/journal.pone.0128451
- Nussbaum, M.C. (2003). *Upheavals of thought. The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ofri, D. (2013). *What doctors feel. How emotions affect the practice of medicine*. Boston: Beacon Press.
- Oreskovich, M.R., Shanafelt, T., Dyrbye, L.N., Tan, L., Sotile, W., Satele, D. (...) Boone, S. (2015). The prevalence of substance use disorders in American physicians. *The American Journal on Addictions*, *24*(1), 30-38. doi: 10.1111/ajad.12173
- Osler, W. (1910). *Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*. Philadelphia: Blakiston's son & Co.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage.
- Pedersen, A.F., Sorensen, J.K., Bruun, N.H., Christensen, B. & Vedsted, P. (2016). Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout? *Drug and Alcohol Dependence*, *160*, 119-126. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.038
- Pruthi, S. (2014). Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics*, *11*(4), 249-251.
- Redinbaugh et al. (2004). Doctor's emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *British Medical Journal*, *327*(185), 1-6.
- Remmerswaal, J. (2012). *Persoonsdynamica. Professioneel omgaan met emoties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Roter, D., Frankel, R., Hall, J. & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine*, *21*, 28-34. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x
- Schipholt, I.L. (2004). Professioneel omgaan met emoties. *Medisch Contact*, *31*, 204-207.
- Snodgrass, A.M. & Tey, H.L. (2012). Goodbye little one. *The Medical Journal of Australia*, *197*(11), 658. doi: 10.5694/mja12.11355.

Starkey, C. (2008). Emotion and full understanding. *Ethical Theory and Moral Practice*, 11, 425-454.

Strongman, K.T. (2003). *The psychology of emotion*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Verkaik, H. (2015, 21 maart). ‘Hartverscheurende reacties op foto van rouwende arts’. *Nederlandse Omroep Stichting*. Geraadpleegd van <http://nos.nl/op3/artikel/2026075-hartverscheurende-reacties-op-foto-van-rouwende-arts.html>.

Waterman, A.D. et al. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467 – 476.

West, C.P. et al. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, 296(9), 1071 – 1078. doi:10.1001/jama.296.9.1071

Whitehead, P.R. (2014). The lived experience of physicians dealing with patient death. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4, 271 – 276. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000326

Wout, C. van ‘t. (2014, 19 november). ‘Nog één dode baby en ik hou ermee op’. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd van <http://www.nrc.nl/next/2014/11/19/nog-een-dode-baby-en-ik-hou-ermee-op-1439196>.

7. Bijlagen

7.1 Bijlage 7.1: gebruikte uitnodiging bij benadering respondenten

Utrecht, 6 oktober 2015

Geachte heer/mevrouw [naam arts],

In de periode van september 2015 tot maart 2016 vindt er binnen het UMC Utrecht een onderzoek plaats naar emotionele geraaktheid onder artsen. Doel is om 12 kwalitatieve interviews af te nemen bij kinderartsen van verschillende sub-specialismen. Mijn vraag aan u is of u mee zou willen werken aan dit onderzoek.

Mijn naam is Daan Stoffer en momenteel bevind ik mij in de eindfase van de studie Humanistiek. Naar aanleiding van mijn stageperiode als geestelijk raadsman binnen het UMC Utrecht heb ik besloten mijn afstudeeronderzoek te schrijven over emotionele geraaktheid onder artsen.

Onderzoeksthema

Aanleiding voor mijn onderzoek is een artikel⁵ van de NOS op 21 maart dit jaar, over een SEH-arts die zojuist een jonge patiënt op de OK verloren heeft. In dit artikel wordt beschreven dat het werk van artsen vaak een grote emotionele impact op hen heeft.



Dit artikel staat niet op zichzelf: in de literatuur wordt regelmatig beschreven in hun werk. In diezelfde literatuur wordt beschreven dat het tonen van emotionele geraaktheid ongebruikelijk is, omdat het niet strookt met het beeld van een goede arts en gezien wordt als een teken van zwakte. Mariska Koster, oud-longarts uit het Deventer ziekenhuis, spreekt zich hier als volgt⁶ over uit: 'er bestaat geen ruimte voor de zachte kant van het vak, het is als arts *not-done* om je kwetsbaar op te stellen'.

Planning

Met iedere respondent wordt één semi gestructureerd interview gevoerd. In het interview komen verschillende aspecten aan de orde, zoals emotionele geraaktheid in het werk, de mate van toerusting in situaties waar geraaktheid zich voordoet en het ervaren van ruimte bij het bespreken met collega's. Alle gegevens binnen dit onderzoek worden geanonimiseerd verwerkt en na afloop van het onderzoek vernietigd. Het onderzoek zal uiteindelijk resulteren in een masterscriptie. Wanneer u dit op prijs stelt, kan een beknopte versie van de onderzoeksresultaten aan u worden toegestuurd medio zomer 2016.

Kunt u mij laten weten of u bereid bent om als respondent deel te nemen aan mijn onderzoek? Wanneer u vragen heeft over dit onderzoek, ben ik uiteraard bereid om deze te beantwoorden.

U kunt mij bereiken per mail op d.stoffer@umcutrecht.nl, of telefonisch op nummer (06)XXXXXXXX.

In afwachting van uw reactie,
Met vriendelijke groet,

Daan Stoffer
Dienst Levensoriëntatie & Geestelijke Verzorging
Universitair Medisch Centrum Utrecht

⁵ <http://nos.nl/op3/artikel/2026075-hartverscheurende-reacties-op-foto-van-rouwende-arts.html>

⁶ <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/139161/Arts-heeft-eenzaam-beroep.htm>

7.2 Bijlage 7.2: gebruikte topiclijst tijdens de afgenomen interviews

Deze lijst dient als leidraad bij de kwalitatieve interviews met respondenten, die plaatshebben in het kader van de dataverzameling voor het onderzoek 'De bewogen arts'.

Inleiding

- Dank en welkom
- Voorstellen: wat is mijn achtergrond
- Waarom dit onderwerp? ('probleemstelling')
- Onderzoek resulteert in een Masterscriptie
- Uitspraken van respondent worden geanonimiseerd in het onderzoek betrokken
- Opname interview voor tekstueel uitwerken; bronbestand daarna definitief verwijderd

Opening

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw medisch specialisme?
- Wat is uw rol in het Wilhelmina Kinderziekenhuis?

Thema's

INTRODUCTIE Artikelen 'rouwende arts' en 'nog een dode baby en ik stop ermee'

1. **LIJDEN VAN DE PATIENT**
 - Wat doet het lijden van patiënten met u?
 - hoe is het voor u, wanneer uw patiënt zich in een uitzichtloze situatie bevindt?
 - Wat doet het met u wanneer een van uw patiënten overlijdt?
2. **EMOTIONELE GERAAKTHEID**
 - In hoeverre wordt u zelf wel eens emotioneel geraakt in uw werk?
 - Op welke manier zouden uw collega's dit aan u kunnen zien of merken?
 - Noem eens een voorbeeld van een moment waarin u emotioneel geraakt werd?
 - Op welke manier deelt u ervaringen van emotionele geraaktheid met uw collega's?
 - Hoe maakt emotionele geraaktheid bij u deel uit van uw professie?
 - Hoe verhoudt het tonen en delen van emotionele geraaktheid onder collega's zich in uw ogen tot het zijn van een goede arts? (of: hoe past dat in de beroepsuitoefening)
3. **ZELFZORG / BEHOEFTE AAN VORMEN VAN ONDERSTEUNING / TOERUSTING**
 - In hoeverre wordt er in uw team gesproken over ervaringen van emotionele geraaktheid?
 - Ervaart u voldoende collegiale ondersteuning bij het omgaan met de emotionele impact van uw werk? Waar ligt hierbij uw behoefte? Bestaat er ruimte voor verbetering > hoe?
 - Acht u het wenselijk om enige vorm van nazorg of structurele nabespreking te organiseren, wanneer emotioneel ingrijpende gebeurtenissen zich in uw werkpraktijk hebben voorgedaan? - Welke vorm van nazorg ziet u voor zich en waarom in deze vorm?
 - In hoeverre vindt u informeel contact met collega's hierbij van belang? (vrijplaats in ruimte en tijd)

Afsluiting

- Zijn er vragen die niet gesteld zijn, maar in uw ogen wel belangrijk zijn bij dit thema?
- Hoe heeft u dit gesprek ervaren?
- Onderzoeksresultaten worden medio zomer 2016 per mail aan u toegestuurd
- Dank voor medewerking en openheid.

7.3 Bijlage 7.3: gebruikte code-structuren bij data-codering

	CODES	#	QUOTATIONS
CODEFAMILIE			
BEHOEFTE- STEUN- TOERUSTING	[behoefte-normalisering en aandacht in opleiding (kinder)geneeskunde] [behoefte-overigen] [behoefte-toerusting krijgen voor inzicht in eigen emoties] [behoefte-zicht op behoeften patiënt i.r.t. emotionele communicatie arts] [collegiale steun-artsen kennen de heftigheid en kunnen toch steun bieden] [collegiale steun-bereidheid van ervaren arts om openheid te tonen] [collegiale steun-er zijn voor elkaar, persoonlijke aandacht] [collegiale steun-ik ervaar weinig ruimte om emotionele geraaktheid met collega's te bespreken] [collegiale steun-ik hoef mijn emoties niet zo nodig met collega's te bespreken] [collegiale steun-intervisie] [collegiale steun-is sterk afhankelijk van samenwerkingsklimaat VAKGROEP] [collegiale steun-leeftijd en ervarenheid collega criterium bij zelf ruimte kunnen nemen voor zelfzorg] [collegiale steun-moreel beraad] [collegiale steun-nabespreking] [collegiale steun-persoonlijk emoties delen] [collegiale steun-team emoties delen] [collegiale steun-veiligheid ervaren is fundamentele voorwaarde] [prive steun-geen steun; kan niet delen ivm heftigheid] [prive steun-wel steun van thuisfront] [toerusting-omgaan-emoties] [toerusting-omgaan-emoties moet meer aandacht voor komen] [toerusting-omgaan-emoties moeten artsen zelf (afdeling-specifiek) organiseren] [toerusting-omgaan-emoties niet verplichten (arts moet het willen)] [toerusting-omgaan-emoties vanuit collega's] [toerusting-omgaan-emoties vanuit draagvlak en veerkracht (je moet er ruimte voor hebben)] [toerusting-omgaan-emoties vanuit je karakter] [toerusting-omgaan-emoties vanuit opvoeding] [toerusting-omgaan-emoties vanuit sport en ontspanning]	28	146
COPING	[coping-afzonderen] [coping-emoties uitsluiten uit gebrek aan toerusting] [coping-emoties uitsluiten uit zelfbescherming] [coping-herstel van patiënt willen zien] [coping-humor] [coping-muziek luisteren] [coping-routine in de afdeling-specifieke emotionele impact] [coping-we hebben alles gedaan / soms is (over-)lijden onvermijdelijk] [coping-wegrelativeren] [coping-zelf iets (willen) kunnen doen]	10	61
DEFINITIE	[definitie-emotionele geraaktheid] [definitie-emotionele geraaktheid-geslacht/generatie spelen rol bij 'bereidheid tot'] [definitie-nabespreking / debriefing na impactvolle gebeurtenis]	3	39
EMOTIONELE GERAAKTHEID	[emotionele geraaktheid-door (kinder)mishandeling] [emotionele geraaktheid-door aansprakelijkheid, persoonlijk verantwoordelijk voelen of aanklacht] [emotionele geraaktheid-door acuut contrast in kwaliteit van leven patiënt (en diens naasten)] [emotionele geraaktheid-door dankbaarheid van (ouders) patiënt] [emotionele geraaktheid-door emotie en onmacht van ouders] [emotionele geraaktheid-door emotie van collega's] [emotionele geraaktheid-door emotionele	24	165

	<p>impact die niet in mijn werkrountine zit] [emotionele geraaktheid-door fouten maken] [emotionele geraaktheid-door leegte die overlijden van patient achterlaat (bij jong gezin/stel)] [emotionele geraaktheid-door lijden en overlijden] [emotionele geraaktheid-door moedigheid (ouders) van patiënt] [emotionele geraaktheid-door moedigheid van (ouders) patient] [emotionele geraaktheid-door onschuld / weerloosheid] [emotionele geraaktheid-door recht te willen doen aan patiënt] [emotionele geraaktheid-door slecht nieuws brengen] [emotionele geraaktheid-door verlies patient na acute (ic) opname 'ontreddert-technisch geraakt'] [emotionele geraaktheid-door verlies patient na lange(re) behandelrelatie 'betekenisvol-closure geraakt'] [emotionele geraaktheid-door verschil van waarden met (ouders van) patient] [emotionele geraaktheid-door wederzijdse aandacht en betrokkenheid van (ouders) patiënt] [emotionele geraaktheid-ik word nauwelijks emotioneel geraakt door het leed van patiënten] [emotionele geraaktheid-ja ik word emotioneel geraakt in mijn werk] [emotionele geraaktheid-komt voort uit onverwachte situaties] [emotionele geraaktheid-tegenoverdracht / herkenning] [emotionele impact]</p>		
MEDISCHE CULTUUR	<p>[medische cultuur - AIOS Kindergeneeskunde aandacht voor emoties en geraaktheid] [medische cultuur - Geneeskunde géén aandacht voor emoties en geraaktheid] [medische cultuur - kindergeneeskunde zacht] [medische cultuur - Specialisatie-opleiding geen aandacht voor (emotionele) reflectie] [medische cultuur - taboe op emoties bij snijdende specialismen] [medische cultuur - taboe op fouten maken] [medische cultuur - teamcultuur waarin ruimte is voor kwetsbaarheid] [medische cultuur - uitspraak over medische cultuuropvattingen of verschillen] [medische cultuur - zelfbeeld arts feilloos zijn]</p>	9	79
OPVATTING-EMOTIONELE GERAAKTHEID-DIRECT	<p>[opvatting-emotionele geraaktheid-als je de emotionele impact niet kunt relativieren moet je een ander specialisme zoeken] [opvatting-emotionele geraaktheid-als je emoties mee naar huis neemt, ga je er niet op een professionele manier mee om] [opvatting-emotionele geraaktheid-AOIS gaan anders om met emotionele impact dan Specialisten] [opvatting-emotionele geraaktheid-bespreken met collega's lucht op (herkenning, minder zelftwijfel)] [opvatting-emotionele geraaktheid-bespreken met patient] [opvatting-emotionele geraaktheid-bij acute patienten moet ik meer moeite doen om mij in te leven] [opvatting-emotionele geraaktheid-controle behouden belangrijk] [opvatting-emotionele geraaktheid-een arts moet eigen emoties kunnen herkennen om die van patienten te herkennen] [opvatting-emotionele geraaktheid-emoties mee naar huis / wakker liggen] [opvatting-emotionele geraaktheid-er is geen tijd om erover te praten (werkdruk)] [opvatting-emotionele geraaktheid-er is moed nodig om erover te praten] [opvatting-emotionele geraaktheid-hoort niet / is 'not done'] [opvatting-emotionele geraaktheid-ik wil positief blijven voor kind/patient] [opvatting-emotionele geraaktheid-ik zou geen goede arts zijn als mijn werk me niks zou doen] [opvatting-emotionele geraaktheid-is een professionele drijfveer (drive, vechtlust)] [opvatting-emotionele geraaktheid-kan in de weg staan voor klinische blik / mag niet op elk moment] [opvatting-emotionele geraaktheid-mag de emotie van patient/ouders niet hinderen] [opvatting-emotionele geraaktheid-menselijke kant laten]</p>	28	132

	<p>zien] [opvatting-emotionele geraaktheid-niet meehuilen] [opvatting-emotionele geraaktheid-omgaan met emoties leer je in de praktijk] [opvatting-emotionele geraaktheid-patient mag het zien] [opvatting-emotionele geraaktheid-privé lijden raakt mij meer dan in werkpraktijk] [opvatting-emotionele geraaktheid-ruimte scheppen belangrijk ivm zelfzorg en veerkracht arts] [opvatting-emotionele geraaktheid-tonen en bespreken voelt als zwakte/onmacht/falen] [opvatting-emotionele geraaktheid-tonen kan bijdragen aan het proces van (ouders v) patient] [opvatting-emotionele geraaktheid-tonen moet een arts terughoudend in zijn] [opvatting-emotionele geraaktheid-wel meehuilen] [opvatting-emotionele geraaktheid-zelfinzicht belangrijk bij omgang emoties]</p>		
<p>OPVATTING- EMOTIONELE GERAAKTHEID- INDIRECT</p>	<p>[opvatting-artsen gaan heel verschillend met emoties om] [opvatting-artsen werken beter als ze meer toerusting op emotie krijgen] [opvatting-beperken self-disclosure] [opvatting-bij chronische / langere zorgrelatie kan ik beter anticiperen op de impact en word ik minder geraakt] [opvatting-communicatie skills maken een goede arts] [opvatting-door herkenning als ouder kan ik betere arts zijn] [opvatting-een arts kan geen eindeloos lijden verdragen, er moet een balans zijn] [opvatting-een divers team dat elkaar aanvult is ideaal] [opvatting-een kind hoort eigenlijk niet dood te gaan] [opvatting-er zijn verschillende soorten lijden] [opvatting-ik leg de lat erg hoog (en dat moet ook)] [opvatting-lijden hoort niet (eeverlichten)] [opvatting-mijn artsenrol brengt mij dichtbij intieme momenten] [opvatting-patienten geen goede afwegingen maken in geëmotioneerde toestand] [opvatting-persoonlijke 'klik' in de zorgrelatie mag geen invloed hebben op zorgkwaliteit] [opvatting-professionele ruimte] [opvatting-stervensbegeleiding]</p>	17	85