



# BURN-OUT BIJ ARTSEN

Een kritische discoursanalyse naar het spreken van  
artsen over burn-out bij artsen vanuit zorgethisch  
perspectief

Studentnummer: 1028332  
Begeleidend docent: Prof. dr. Carlo Leget  
Tweede lezer: Dr. Vivianne Baur  
Examinator: Dr. Pieter Dronkers  
Aantal woorden: 25.519

**Dymph Dieben**

Afstudeeronderzoek Master Zorgethiek en Beleid  
Universiteit voor Humanistiek  
Utrecht, 18 juni 2020

Om te weten  
dat er woord  
voor woord  
een andere taal is  
daarom schrijf ik.

*Jan Arends (1925-1974)*

Uit: 'Verzameld werk', De Bezige Bij, Amsterdam, 1984

Illustratie voorblad: Genevieve Blais

## Voorwoord

Dit voorwoord betekent voor u als lezer het begin van deze masterthesis, maar voor mij betekent dit het einde van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit van Humanistiek te Utrecht. Ik had nooit verwacht dat het proces van deze thesis me zo veel zou leren over zorgethiek, onderzoek doen, schrijven en mezelf, én dat het nog leuk zou zijn ook. Wat vooraf leek op een berg, bleek uiteindelijk meer een heuvellandschap, waardoor het eindresultaat nu voor u ligt.

Deze thesis had ik niet kunnen schrijven zonder de inzichten en feedback van Carlo Leget, mijn thesisbegeleider. Carlo, dankjewel, jouw bemoedigende woorden hebben me vertrouwen gegeven. Ook Vivianne Baur, mijn tweede lezer, wil ik bedanken voor haar scherpe blik verpakt in hartelijke zinnen. Floor Dijkhoorn en haar collega's van het Integraal Kankercentrum Nederland wil ik bedanken voor het aanreiken van de data: zonder deze data was het een heel ander onderzoek geworden. En natuurlijk wil ik de geïnterviewde artsen bedanken voor hun toestemming om deze data opnieuw te mogen gebruiken. Ook voor mijn medestudenten tijdens deze master geldt: bedankt voor een fantastische jaar, de fijne sfeer, de mooie inzichten, de leerzame momenten, maar vooral voor de behulpzaamheid zoals ik die niet eerder meegemaakt heb tijdens mijn studietijd. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar Niels. Bedankt voor je engelengeduld: het middagen lang taalfouten verbeteren, je luisterend oor wanneer ik mijn verhaal kwijt moest en de geruststellende gesprekken.

De master Zorgethiek en Beleid heeft mij voorgoed veranderd. Deze thesis is misschien het eind van deze master, maar hopelijk nog maar het begin van mijn ontwikkeling binnen dit vakgebied.

Ik wens u veel leesplezier,  
Dymph Dieben, juni 2020

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>6</b>
1.1 AANLEIDING .....	6
1.2 MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM .....	6
1.3 WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM .....	8
1.4 VRAAGSTELLING .....	9
1.4.1 Hoofdvraag .....	10
1.4.2 Deelvragen .....	10
1.5 DOELSTELLING .....	10
<b>2. THEORETISCH KADER</b> .....	<b>11</b>
2.1 VOORSTUDIE .....	11
2.1.1 Burn-out bij artsen .....	11
2.1.2 Werkcultuur & burn-out bij artsen .....	13
2.1.3 Maatschappij & burn-out bij artsen .....	16
2.1.4 Palliatieve zorg & burn-out bij artsen .....	18
2.2 ZORGETHIEK .....	21
2.2.1 Belang van emoties .....	22
2.2.2 Afhankelijkheid .....	23
2.2.3 Kwetsbaarheid .....	24
2.2.4 Zorg voor elkaar, ook voor de zorgverlener .....	25
2.2.5 Zelfzorg .....	27
2.3 CONCLUSIE .....	29
<b>3. METHODE</b> .....	<b>31</b>
3.1 ONDERZOEKSBENADERING .....	31
3.2 ONDERZOEKSMETHODE .....	31
3.2.1 Discours .....	31
3.2.2 Discoursanalyse .....	32
3.2.3 Discoursanalyse binnen de gezondheidszorg .....	32
3.2.4 Kritische discoursanalyse .....	33
3.2.5 Analysemethode Gee .....	33
3.3 CASUSDEFINITIE EN ONDERZOEKSEENHEID & DATAVERZAMELING .....	34
3.4 DATA-ANALYSE .....	35
3.4.1 Tools of inquiry .....	35
3.4.2 Sensitizing concepts .....	36
3.4.3 Coderen en analyseren per interview .....	36
3.5 ETHISCHE OVERWEGINGEN .....	37
<b>4. BEVINDINGEN</b> .....	<b>38</b>
4.1 ARTSENIDENTITEIT .....	38
4.1.1 Veeleisend .....	38
4.1.2 Twijfel .....	38
4.1.3 Zelfopoffering .....	39
4.1.4 Niet zeuren & kwetsbaarheid .....	39
4.1.5 Individuele verantwoordelijkheid .....	40
4.1.6 Geraakt zijn .....	41
4.1.7 Emoties & emotionele impact .....	41
4.1.8 Afstand houden .....	43
4.1.9 Mee naar huis nemen .....	43
4.1.10 Tijds- & werkdruk .....	44
4.1.11 Hiërarchie .....	45

4.2	BURN-OUT .....	45
4.2.1	<i>Op afstand houden &amp; ik ook</i> .....	46
4.2.2	<i>Waar? Niet hier.</i> .....	46
4.2.3	<i>Doorwerken</i> .....	47
4.2.4	<i>Aangeven dat het niet goed gaat</i> .....	48
4.2.5	<i>Individueel probleem</i> .....	48
4.2.6	<i>Externe oorzaak</i> .....	49
4.2.7	<i>Palliatieve zorg &amp; burn-out</i> .....	50
4.2.8	<i>Wetenschappelijke benadering</i> .....	50
4.3	ZORGEN VOOR ARTSEN.....	51
4.3.1	<i>Zelfzorg</i> .....	51
4.3.2	<i>Grenzen aangeven</i> .....	51
4.3.3	<i>Samen delen</i> .....	52
4.3.4	<i>Open sfeer</i> .....	53
4.3.5	<i>Zorg voor zorgenden</i> .....	54
4.3.6	<i>Zorgen voor collega's</i> .....	54
4.3.7	<i>Zorg ontvangen</i> .....	54
4.3.8	<i>Tijd &amp; geld</i> .....	55
4.4	CONCLUSIE .....	56
<b>5.</b>	<b>DISCUSSIE</b> .....	<b>59</b>
5.1	OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN EMPIRIE & VOORSTUDIE .....	59
5.1.1	<i>Werkcultuur</i> .....	59
5.1.2	<i>Maatschappij</i> .....	60
5.1.3	<i>Burn-out</i> .....	61
5.1.4	<i>Palliatieve zorg</i> .....	61
5.1.5	<i>Zorg voor artsen</i> .....	62
5.1.6	<i>Intra-normativiteit</i> .....	63
5.2	ZORGETHISCHE REFLECTIE .....	63
5.2.1	<i>Afhankelijkheid &amp; kwetsbaarheid</i> .....	63
5.2.2	<i>Zorg</i> .....	64
5.2.3	<i>Emoties &amp; afstand</i> .....	67
5.2.4	<i>Werkcultuur &amp; onderwijs</i> .....	69
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIE</b> .....	<b>70</b>
<b>7.</b>	<b>KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>72</b>
7.1	VOORAF GEPLANDE KWALITEITSMATREGELEN .....	72
7.1.1	<i>Betrouwbaarheid</i> .....	72
7.1.2	<i>Geldigheid</i> .....	72
7.1.3	<i>Generaliseerbaarheid</i> .....	72
7.2	KWALITEIT VAN HET UITGEVOERDE ONDERZOEK .....	73
7.2.1	<i>Transcripten</i> .....	73
7.2.2	<i>Context</i> .....	74
7.2.3	<i>Generaliseerbaarheid</i> .....	74
7.2.4	<i>Dé waarheid</i> .....	75
7.2.5	<i>COVID-19</i> .....	75
	<b>LITERATUUR</b> .....	<b>76</b>

## Samenvatting

Steeds meer artsen kampen met burn-outklachten. Toch wordt gedacht dat deze klachten binnen de werkcultuur van artsen niet altijd bespreekbaar zijn en zelfs dat de werkcultuur een risicofactor is voor het ontstaan van een burn-out. Ook maatschappelijke tendensen beïnvloeden hoeveel erkenning er is voor burn-out. Artsen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg hebben mogelijk nog meer kans op burn-outklachten vanwege de aard van hun werk.

Er is veel onderzoek gedaan naar de behandeling van burn-out bij artsen. Echter, onderzoek naar het spreken van Nederlandse artsen over burn-out bij artsen ontbreekt, terwijl dit wel kan bijdragen aan het begrip over de relatie tussen burn-out bij artsen en onderliggende normen en waarden vanuit de werkcultuur en maatschappelijke tendensen. Door deze onderliggende normen en waarden in het spreken vanuit zorgethisch perspectief te bekijken, kan nagedacht worden over goede zorg met betrekking tot burn-out bij artsen. Dit onderzoek zoekt dan ook een antwoord op de vraag: Hoe verhouden de discoursen van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen zich tot zorgethische theorie en wat kan deze vergelijking opleveren voor goede zorg (voor artsen) met betrekking tot burn-out bij artsen?

Een theoretische voorstudie geeft een overzicht van burn-out bij artsen en de mogelijke invloed van de werkcultuur van artsen, van maatschappelijke tendensen en van het werkzaam zijn in de palliatieve zorg hierop. Met een kritische discoursanalyse wordt onderzocht hoe artsen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg spreken over burn-out bij artsen. De thema's die hierbij naar voren komen zijn in te delen in drie overkoepelende discoursen: hoe artsen spreken over de identiteit van artsen; hoe artsen spreken over burn-out; en hoe artsen spreken over zorg (voor artsen). Hieruit blijkt dat de werkcultuur van hard werken; sterk zijn; niet zeuren; eigen problemen oplossen; geen emoties laten zien; niet ziek zijn; en voor jezelf zorgen, diepgeworteld zit, waardoor er weinig ruimte is om burn-outproblematiek te bespreken en in het kader hiervan goede zorg te leveren.

Op deze resultaten wordt vanuit zorgethisch perspectief gereageerd. Hierdoor ontstaat er ruimte om artsen te zien als medemensen, inclusief hun onvermijdelijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid en hun behoeften aan zorg. Zorg in het kader van burn-out wordt dan niet een individuele verantwoordelijkheid, maar onderdeel van de verantwoordelijkheid van een grotere sociale groep. Dit inzicht is een eerste stap in het accepteren van burn-out bij artsen.

## 1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding (§1.1) en probleemstelling (§1.2 en §1.3) beschreven, waaruit de onderzoeksvragen (§1.4) en bijbehorende doelstelling (§1.5) volgen.

### 1.1 Aanleiding

De aanleiding voor het ontstaan van deze masterthesis is een persoonlijke vanuit mijn achtergrond als geneeskundestudent. Alhoewel ik de geneeskunde een prachtig vakgebied vind en ik veel respect heb voor mijn collega's, kan ik verbaasd en teleurgesteld zijn als ik zie hoe de werkcultuur van artsen kan zijn. Ik zie om me heen jonge dokters die hard moeten werken en zichzelf moeten bewijzen om in aanmerking te komen voor een schaarse opleidingsplaats. Omdat er veel concurrentie is, vooral onder jonge artsen, ligt de lat hoog en wordt de hoge werkdruk geaccepteerd. Er is niet altijd ruimte en tijd voor de kwetsbaarheid van de arts. Een arts lijkt sterk te moeten zijn en overal tegen te moeten kunnen.

Terwijl deze observaties gebaseerd zijn op mijn eigen ervaringen, hoor ik ook steeds meer over burn-outklachten bij geneeskundestudenten en artsen. Ik vraag me af hoe deze burn-outklachten samenhangen met de werkcultuur van artsen. Is er erkenning voor de kwetsbaarheid die gepaard gaat met burn-outklachten? Worden deze klachten gezien als individueel probleem van de arts of juist als een probleem van de gehele beroepsgroep of misschien wel de gehele maatschappij? Kan de werkcultuur invloed hebben op het erkennen of ontstaan van burn-out bij artsen? Naar aanleiding van deze vragen ben ik op het onderwerp van mijn masterthesis gekomen, omdat ik geloof dat het belangrijk is om grip te krijgen op deze burn-outproblematiek.

### 1.2 Maatschappelijk probleem

“Als we de cijfers mogen geloven zit Nederland midden in een ‘burn-outepidemie’” schrijft de Volkskrant.<sup>1</sup> Burn-out is een reactie op chronische blootstelling aan werkstress waardoor emotionele vermoeidheid, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid ontstaan (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). 14% van de Nederlanders kampt met burn-outklachten, wat een lichte stijging is ten opzichte van voorgaande jaren.<sup>2</sup> Gedacht wordt dat dit samenhangt met ingrijpende maatschappelijke veranderingen die elkaar steeds sneller

---

<sup>1</sup> Margreet Vermeulen en Ianthe Sahadat, de Volkskrant, 4 januari 2019. Hoe opgebrand is Nederland? Geraadpleegd op 2 maart 2020: <https://www.volkskrant.nl/de-gids/hoe-opgebrand-is-nederland~b968b1bd/>

<sup>2</sup> Idem voetnoot 1.

opvolgen, zoals: “[...] verregaande automatisering en de digitale revolutie; de terreur van altijd bereikbaar moeten zijn en de overmaat aan prikkels”.<sup>3</sup> Psychotherapeut en burn-outcoach Karsten voegt daaraan toe dat mensen de lat hoog leggen en dat er geen hersteltijd ingepland wordt. Volgens Denys, filosoof en psychiater, speelt ook mee dat mensen “[...] niet meer in staat zijn om lijden te dragen. Het gewone lijden, dat bij het leven hoort, is compleet gemedicaliseerd”.<sup>4</sup>

Beckers, militair arts, vraagt zich af hoe zorgprofessionals kunnen voorkomen dat burn-outklachten verder toenemen? Maar burn-outproblematiek is niet alleen een probleem van artsen, maar ook een probleem onder artsen. In Nederland heeft 19% van de jonge artsen<sup>5</sup> en 17,8% van de co-assistenten (Conijn, Boersma & Van Rhenen, 2015) klachten die horen bij een burn-out, maar ook bij specialisten en huisartsen komt burn-out regelmatig voor<sup>6,7</sup>. Aangezien burn-outklachten bij artsen gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid (Panagioti et al., 2018), is dit probleem voor de gehele maatschappij relevant. Het welzijn van zorgprofessionals is namelijk nauw verbonden met de kwaliteit van zorg die ze leveren aan patiënten (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017).

Door het toenemen van onbehandelbare ziekten als gevolg van de toenemende levensverwachting, zullen in de toekomst steeds meer artsen werkzaamheden verrichten die te maken hebben met palliatieve zorg. Deze werkzaamheden brengen specifieke uitdagingen met zich mee, zoals het relationele aspect van het werk, het maken van ethische beslissingen en het werken met lijdende en stervende patiënten (Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017). Hierdoor is het interessant om burn-outproblematiek te onderzoeken vanuit artsen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg.

Sommige onderzoeken suggereren dat burn-outklachten binnen de werkcultuur van artsen niet altijd bespreekbaar zijn (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018) of dat de

---

<sup>3</sup> Idem voetnoot 1.

<sup>4</sup> Idem voetnoot 1.

<sup>5</sup> Edith van Esch en Vicky Soomers, De Jonge specialist, juni 2018, Utrecht. Onderzoeksrapport: ‘Nationale aios-enquête 2018. Gezond en veilig werken. Geraadpleegd op 18 februari 2020: <https://dejongespecialist.nl/2018/1-op-de-5-jonge-artsen-heeft-burn-out-klachten/>

<sup>6</sup> Joachim Knap, Medisch Contact, 5 maart 2013, Amsterdam. Burn-out bij huisartsen. Geraadpleegd op 12 februari 2020: <https://www.medischcontact.nl/opinie/reacties/ingezonden-reactie/burn-out-bij-huisartsen.htm>

<sup>7</sup> VvAA, september 2017. Onderzoeksrapport: ‘Bezielingsonderzoek resultaten 2017’. Geraadpleegd op 20 februari 2020: <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/resultaten-bezielingsonderzoek-2017>



werkcultuur zelfs een risicofactor is voor het ontstaan van een burn-out<sup>8</sup> (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007). Volgens Drenth, die in Nederland onderzoek deed naar burn-out bij artsen, wordt de vraag: “Hoe gaat het eigenlijk met de dokter?” niet voldoende gesteld<sup>9</sup>, want “Een arts is niet ziek. De patiënt is ziek”<sup>10</sup>. En: “Als je zegt dat het niet goed met je gaat, vinden je collega’s je dan nog wel een goede dokter?”<sup>11</sup>.

Ook binnen de maatschappelijke tendensen is er niet altijd erkenning voor burn-outproblematiek. Doordat de nadruk in de Westerse samenleving ligt op autonomie, zelfredzaamheid en het individu (Tronto, 1993; Lombarts, 2018), is ieder mens zelf verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Hierdoor wordt burn-out een individueel probleem waarbij de getroffene zelf verantwoordelijk is voor het voorkomen en behandelen van de klachten. Daarnaast worden vanwege globalisering en anonimisering, artsen tegenwoordig gezien als een instrument binnen een zorgsysteem (Bransen, 2018; Lombarts, 2018), waardoor de menselijkheid en kwetsbaarheid van artsen op de achtergrond raakt.

### 1.3 Wetenschappelijk probleem

Er is veel onderzoek gedaan naar de oorzaken van burn-outklachten. Specifiek voor artsen worden onder andere hoge werkdruk, disbalans tussen werk en privé en persoonlijke eigenschappen, zoals perfectionisme of neuroticisme, genoemd als oorzaken voor het ontstaan van burn-out (Kalani, Azadfallah, Oreyzi & Adibi, 2018; Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018). Ook is er veel onderzoek gedaan naar verschillende preventie- en behandelmethoden voor burn-out bij artsen, welke globaal zijn in te delen in individuele en organisatorische interventies (Kalani, Azadfallah, Oreyzi & Adibi, 2018; Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018).

In wetenschappelijk onderzoek wordt de nadruk gelegd op individuele interventies (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007) en ook in het maatschappelijk debat gaat het veelal over bijvoorbeeld coaching om de individuele arts of student weerbaarder te maken<sup>12,13</sup>.

---

<sup>8</sup> VvAA, 28 april 2016. Burn-out bij jonge medisch specialisten zorgwekkend. Geraadpleegd op 12 februari 2020: <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/burnout-bij-jonge-medisch-specialisten-zorgwekkend>

<sup>9</sup> Idem voetnoot 8.

<sup>10</sup> Rineke Wisman, Arts en Auto, 17 mei 2016. Help, de dokter verzuipt. Geraadpleegd op 12 februari 2020: <https://www.artsenauto.nl/wp-content/uploads/2016/05/AA05-2016p016-018.pdf>

<sup>11</sup> Idem voetnoot 10.

<sup>12</sup> Marieke van Twillert, Medisch Contact, 26 mei 2017. Één op de zes co’s heeft last van burn-out. Geraadpleegd op 12 februari 2020: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-op-de-zes-cos-heeft-last-van-burn-out.htm>

<sup>13</sup> Maarten Anderegg, KNMG Studentenplatform, 1 november 2007. Burn-out onder co’s. Geraadpleegd op 12 februari 2020: <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe/nieuws/ais-artikel/burn-out-onder-cos.htm>

Hierdoor wordt burn-out neergezet als een individueel probleem, terwijl het gezondheidssysteem individuele interventies moet ondersteunen willen deze slagen als preventie of behandeling van burn-out en er daarnaast ook interventies gericht op het verbeteren van de cultuur van zorgorganisatie nodig zijn (Panagioti et al., 2018).

De maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling laten dus zien dat er steeds meer aandacht is voor burn-out bij artsen, maar de werkcultuur van artsen burn-out moeilijk bespreekbaar zou maken of zelfs zou bijdragen aan het ontstaan hiervan. Er is echter, voor zover mij bekend is, geen onderzoek gedaan naar hoe Nederlandse artsen spreken over burn-out bij artsen, terwijl dit wel zou kunnen bijdragen aan het begrip van de relatie tussen werkcultuur en burn-out bij artsen. Daarnaast zijn veel oplossingen die worden aangedragen om burn-out te voorkomen of te behandelen individuele oplossingen, waarbij de verantwoordelijkheid bij de individuele arts wordt gelegd. Als laatste valt op dat in veel maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstellingen over dit onderwerp de kwaliteit van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid worden aangehaald als reden om hier onderzoek naar te doen en niet het welzijn van artsen als medemens.

Zorgethische theorie zou een alternatieve kijk kunnen bieden op burn-out bij artsen, bijvoorbeeld doordat er aandacht is voor de relationaliteit, afhankelijkheid en kwetsbaarheid van alle mensen (Tronto, 1993; Kittay, 1999; 2015; Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019), dus ook van artsen. Hierdoor ontstaat ook ruimte voor de zorgen voor zorgverleners (Kittay, 1999). Burn-out wordt dan niet alleen een individueel probleem, maar ook een maatschappelijk en institutioneel vraagstuk met aandacht voor verantwoordelijkheid, kwetsbaarheid en macht (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019; Tronto, 1993).

#### **1.4 Vraagstelling**

Wanneer artsen te maken krijgen met burn-outklachten, dan is dat een persoonlijke ervaring, maar deze ervaring kan beïnvloed worden door de context van de maatschappelijke en wetenschappelijke tendensen. In dit onderzoek wordt daarom allereerst beschreven welke opvattingen vanuit de maatschappij en de werkcultuur van artsen hierop invloed kunnen hebben en of er vanuit de zorgethiek een alternatief perspectief kan worden geboden op de bovenstaande tendensen vanuit de probleemstelling waarin er geen ruimte is voor relationaliteit, afhankelijkheid en kwetsbaarheid.

Daarna volgt empirisch onderzoek naar welke discourses in relatie tot burn-out bij artsen naar voren komen wanneer artsen werkzaam in de palliatieve zorg spreken over hun werk. Een discoursanalyse zal inzicht geven in hoe artsen zelf praten over burn-out bij artsen, waardoor duidelijk wordt welke onderliggende sociale, culturele en politieke processen (Gee, 2011b) een rol spelen, wat kan bijdragen aan begrip van het fenomeen burn-out bij artsen.

#### 1.4.1 Hoofdvraag

Hoe verhouden de discourses van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen zich tot zorgethische theorie en wat kan deze vergelijking opleveren voor goede zorg (voor artsen) met betrekking tot burn-out bij artsen?

#### 1.4.2 Deelvragen

- Welke inzichten biedt zorgethisch relevante literatuur met betrekking tot het denken over burn-out bij artsen in vergelijking met tendensen hierover vanuit de maatschappij en werkcultuur van artsen?
- Welke discourses in relatie tot burn-out bij artsen komen naar voren wanneer artsen werkzaam in de palliatieve zorg spreken over hun werk?
- Hoe verhouden de discourses van artsen zich tot zorgethische theorie over burn-out bij artsen en andersom?
- Wat betekent dit voor goede zorg (voor artsen) met betrekking tot burn-out?

### 1.5 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in het spreken van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen, zodat beter begrepen kan worden hoe de betekenis die artsen geven aan burn-out bij hun eigen beroepsgroep samenhangt met de sociale context waarin artsen werkzaam zijn. Door meer inzicht te hebben in hoe artsen spreken over burn-out, kunnen inzichten verkregen worden over de invloed van dominante normen en waarden en de sociaal-politieke context waardoor het denken over burn-out wordt gevormd. Door dit beeld vanuit zorgethische perspectief te bevragen, wordt onderzocht hoe vanuit de zorgethiek gekeken kan worden naar burn-out bij artsen en wordt vergeleken hoe deze twee visies elkaar kunnen verrijken. Dit onderzoek tracht zo een zorgethische bijdrage te leveren aan het denken over burn-out bij artsen en de betekenis hiervan voor goede zorg.

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag: Welke inzichten biedt zorgethisch relevante literatuur met betrekking tot het denken over burn-out bij artsen in vergelijking met tendensen hierover vanuit de maatschappij en werkcultuur van artsen? Eerst zal er een voorstudie volgen (§2.1) waarin burn-out, de werkcultuur van artsen in Nederland, Westers maatschappelijke tendensen en de palliatieve zorg verkend worden in de literatuur. Hierna zal hier vanuit zorgethisch perspectief op gereflecteerd worden (§2.2). Specifiek komen de volgende onderwerpen aan bod: emoties, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, zorgen voor de zorgverlener en zelfzorg.

### 2.1 Voorstudie

#### 2.1.1 Burn-out bij artsen

Burn-out is een werkgerelateerde psychische aandoening (Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Het heeft drie aspecten: emotionele vermoeidheid of uitputting, depersonalisatie, ofwel afstand nemen (distantie) en verminderde persoonlijke bekwaamheid (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Emotionele uitputting is het meest voorkomende aspect en kan zorgen voor het emotioneel en cognitief afstand nemen van het werk, als een manier om met werkoverbelasting om te gaan. Verminderde persoonlijke bekwaamheid, ofwel twijfel aan eigen kunnen, heeft een minder duidelijke relatie met de andere twee aspecten. Het kan ontstaan door uitputting of distantie, maar ook als reactie op de werksituatie zelf. Verminderde persoonlijke bekwaamheid lijkt te ontstaan door gebrek aan relevante middelen, terwijl uitputting en distantie ontstaan door aanwezigheid van werkoverbelasting en sociaal conflict (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Oorzaken van burn-out zijn in te delen in twee groepen: de werksfeer en de manier waarop werknemers omgaan met werkstress. Dit laatste omvat bijvoorbeeld persoonskenmerken waardoor werkenden niet adequaat kunnen omgaan met belastende aspecten van werk zoals neuroticisme en zeer hoge betrokkenheid (Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Bij artsen wordt bijvoorbeeld meer emotionele uitputting gezien wanneer zij meelevend en empathisch zijn, terwijl dat juist ook eigenschappen zijn die een goede arts nodig heeft (Carmel & Glick, 1996). De werkomgeving heeft meer invloed op het ontstaan van burn-outklachten dan individuele factoren, waardoor burn-out meer een sociaal dan een individueel fenomeen is (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva,

2018). Binnen de werksfeer zijn meerdere factoren aan te wijzen die kunnen bijdragen aan het ontstaan van burn-outklachten, bijvoorbeeld hoge werkdruk, weinig regelmogelijkheden of hulpbronnen, gebrek aan herstel of gebrek aan sociale steun (Taris, Houtman & Schaufeli, 2013; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Specifiek voor artsen wordt hieraan onder meer toegevoegd: veel diensten, veel administratie, lange werkdagen, weinig controle over werk, slechte communicatie, slechte leiderschapsvaardigheden van leidinggevenden en begeleiders, sterke hiërarchie en weinig sociale feedback (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018). De artsen Dean en Talbot en bio-ethicus Caplan beschrijven daarnaast hoe het ervaren van morele stress grote invloed heeft op het ontstaan van burn-outklachten bij artsen. Deze morele stress ontstaat wanneer iemand niet kan doen wat hij of zij het goede acht vanwege institutionele of andere beperkingen. Wanneer deze stress zich ophoopt kan een burn-out ontstaan (Dean, Talbot en Caplan, 2020).

Een burn-out heeft gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid van artsen, bijvoorbeeld door een verhoogd risico op cardiovasculaire problemen, diabetes type II of slaapproblemen (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018; Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Daarnaast heeft het gevolgen voor de gezondheidszorg doordat er meer ziekteverzuim is, er meer kosten gemaakt worden, de kwaliteit van de patiëntenzorg omlaag gaat en er meer medische fouten gemaakt worden (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018).

Zowel persoons- als organisatiegerichte interventies kunnen een gunstig effect hebben op de behandeling en preventie van burn-outklachten (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001; Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Het doel van organisatiegerichte interventies is het verminderen van werkstress, bijvoorbeeld door minder lange werktijden en creëren van meer sociale steun. Individuele interventies zijn erop gericht werkcompetenties te verbeteren en artsen om te leren gaan met negatieve emoties, bijvoorbeeld door stressmanagement of ontspanningsoefeningen. Het is niet eenduidig welke interventies goed werken bij artsen. Sommige studies raden een combinatie van persoons- en organisatiegerichte interventies aan (Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018). De onderzoekers Panagioti et al. (2018) voegen hieraan toe dat de individuele interventies wel ondersteund en gefinancierd moeten worden door de zorginstellingen waar artsen werkzaam zijn. Anderen geven aan dat er meer aandacht moet zijn voor organisatiegerichte interventies dan interventies die gericht zijn op de artsen zelf (Card, 2018; Harrison et al., 2017). Opvallend is dat er meer onderzoek gedaan is naar individuele interventies, terwijl, zoals eerder is gesteld, de werkomgeving meer

van invloed is op het ontstaan van burn-outklachten dan persoonlijke factoren (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007; Harrison et al., 2017). Mogelijk komt dit doordat de organisatorische en institutionele veranderingen moeilijker te realiseren zijn (Wiederhold, Cipresso, Pizzioli, Wiederhold & Riva, 2018).

Card (2018), onderzoeker in patiëntveiligheid, risicobeheer en interventieontwerp voor de gezondheidszorg, legt uit dat individuele interventies, zoals veerkrachttraining, kunnen helpen wanneer deze bedoeld zijn om stress te verminderen die is ontstaan door het onvermijdelijke lijden dat hoort bij het artseneroep, zoals het omgaan met de dood of het besef dat niet alle patiënten genezen kunnen worden. Als de oorzaak van stress echter vermijdelijk lijden is, zoals hoge werkdruk, negatieve werkcultuur of een onveilige werkomgeving, dan is het aanbieden van een veerkrachttraining niet nuttig en zelfs schadelijk. Dit is schadelijk omdat er dan geen organisatiegerichte interventies worden opgestart tegen burn-out, terwijl deze effectiever zouden zijn (Card, 2018). Daarnaast suggereren deze interventies onterecht dat individuele artsen het probleem zijn en zij hierdoor verantwoordelijk zijn voor het voorkomen en verminderen van burn-outklachten. Individuele interventies, zoals veerkrachttraining, kunnen dus een aanvulling zijn op burn-outpreventie en -behandeling, maar organisatiegerichte interventies en het veranderen van de werkcultuur zouden voorop moeten staan (Card, 2018; Harrison et al., 2017).

### 2.1.2 Werkcultuur & burn-out bij artsen

Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde (2018), beide inspecteur bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, beschrijven hoe er onder artsen in Nederland een sterke erencode heerst die van generatie op generatie wordt doorgegeven. Dit doorgeven gebeurt door het zogenoemde *hidden curriculum*, “[...] een onuitgesproken socialisatieproces dat jonge artsen aanleert hoe zij zich dienen te gedragen” (p.29). Individueel gedrag en bijbehorende normen en waarden worden stapsgewijs en vaak onbewust bijgestuurd naar groepsgedrag. Bijbehorende groepswaarden staan boven waarden van de buitenwereld en rationele argumenten hebben hier weinig invloed op (Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde, 2018). De Bree (2018), filosoof werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, voegt daaraan toe dat dit socialisatieproces logisch volgt uit het vak geneeskunde, waarin artsen continu kwetsbare patiënten treffen, veel verantwoordelijkheid hebben en merkwaardige handelingen uitvoeren, zoals snijden in mensen. Hierdoor is het volgens hem logisch dat artsen andere artsen opzoeken met dezelfde ervaringen en achtergrond.

Het socialisatieproces kan functioneel zijn wanneer het de samenwerking versterkt, maar het kan ook zorgen voor een onveilige cultuur. Afgelopen generaties artsen zijn opgeleid met het idee dat zij onfeilbaar moeten zijn en dat fouten maken persoonlijk falen is (Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde, 2018). De traditionele moraal van artsen stimuleert hard werken en onaangedaan zijn waarbinnen er weinig ruimte is voor gevoelens en emoties. Er wordt ingezet op eigen verantwoordelijkheid, waardoor problemen en het vinden van oplossingen hiervoor op de schouders van individuele artsen wordt gelegd. Deze werkcultuur zorgt ervoor dat artsen kwetsbaar zijn voor het ontstaan van burn-outklachten (De Bree, 2018). Voormalig longarts Koster (2018) beschrijft dat juist de persoonlijkheidskenmerken van de beroepsgroep die artsen tot goede artsen maken, ook zorgt voor het kwetsbaar zijn voor chronische stress welke kan leiden tot een burn-out. Ze heeft het over: consciëntieuze uitblinkers die de lat altijd hoog leggen, het belang van anderen boven dat van zichzelf plaatsen, een enorm verantwoordelijkheidsbesef hebben, het goed willen doen en moeilijk nee zeggen.

De Bree (2018) legt op basis van anekdotisch bewijs uit dat geneeskundestudenten wordt aangeleerd dat uitspraken gestoeld moeten zijn op wetenschappelijk bewijs om waar te zijn. Dit betekent dat ethische uitspraken, over wat goed is om te doen, en esthetische uitspraken, over het schone, niet als betekenisvol worden gezien, want deze zijn normatief en niet empirisch te toetsen. Wanneer deze toch van belang zijn wordt geprobeerd ze te objectiveren, bijvoorbeeld wanneer geprobeerd wordt professioneel gedrag meetbaar te maken. De Bree geeft aan dat door dit “platgeslagen kennisideaal” (p.123) geneeskundestudenten niet leren om over normatieve ideeën na te denken of te praten, terwijl artsen zich toch dagelijks moeten afvragen wat het goede is om te doen. Er is in de gezondheidszorg steeds meer aandacht voor dingen die nut of een doel hebben en voor de middelen die daarvoor nodig zijn, maar door het gebrek aan ervaring met nadenken over normatieve uitgangspunten achter deze doelen, komt de focus meer te liggen op de middelen en raken de doelen ondergeschikt. Dit noemt De Bree ‘instrumentalisering’. Als hierdoor niet duidelijk is welke doelen er achter het handelen van artsen zitten, heeft dit gevolgen voor “het levensgeluk van dokters” (p.126).

Naast dat door de werkcultuur van artsen burn-outklachten kunnen ontstaan, heeft de werkcultuur ook invloed op hoe er met burn-outklachten bij artsen wordt omgegaan. Voormalig huisarts Schretlen (2018) schrijft dat veel artsen zich geen raad weten met een zieke collega en dat, vooral wanneer taken overgenomen moeten worden, de zieke dokter niet op compassie van collega's kan rekenen. Dit sluit aan bij de observatie van De Bree (2018)

dat er wordt ingezet op eigen verantwoordelijkheid en het zelf moeten oplossen van problemen. “Als je er niet tegen kunt, hoor je hier niet thuis. [...] Stoer, zwijgzaam en het zelf kunnen oplossen is de norm” (Koster, 2018). Artsen blijven vaak doorwerken, ook als ze ziek zijn (Brooks, Gerada, Chalder, 2011). Artsen moeten bovennatuurlijk veerkrachtig, onfeilbaar en almachtig zijn. Goede artsen klagen niet, uiten geen pijn en ontwikkelen vooral geen tekenen van geestesziekte (Card, 2018). Mentale problemen worden als zwakte gezien. Dit heeft als gevolg dat artsen niet altijd hulp zoeken wanneer zij burn-outklachten hebben (Card, 2018; Brooks, Gerada, Chalder, 2011). Een studie in Nederland laat zien dat geneeskundestudenten de werkcultuur als hiërarchisch en competitief ervaren waarin gevoelens van kwetsbaarheid en stress negatieve gevolgen hebben voor hun cijfers en toekomst als arts. Hierdoor verbergen ze hun stressgevoelens zo veel mogelijk (Verdonk, Röntzsch, De Vries & Houkes, 2014).

Burn-outklachten bij artsen worden dus niet altijd erkend door artsen zelf en hun collega's, maar ook niet altijd herkend. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk (Orton, Orton & Pereira Gray, 2012) laat zien dat bij huisartsen met burn-outklachten, collega's en patiënten niet doorhadden dat deze klachten aanwezig waren. Hetzelfde onderzoek laat zien dat burn-out vaker voorkomt onder huisartsen in groepspraktijken dan in solopraktijken. Ze verklaren dit door de extra eisen, spanningen en conflict die een groepspraktijk met zich mee kunnen brengen en het hebben van minder autonomie en controle over werkomgeving.

De werkcultuur van artsen kan dus een negatieve invloed hebben op het ontstaan en de omgang met burn-outklachten, waardoor er door velen wordt gepleit voor een verandering van de werkcultuur (Koster, 2018; Card, 2018; Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde, 2018; Schretlen, 2018; Verdonk, Röntzsch, De Vries & Houkes, 2014). Deze verandering moet volgens Koster (2018) niet alleen vanuit de beroepsgroep ontstaan, maar ook vanuit besturen van gezondheidsorganisaties. Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde (2018) beschrijven hoe er langzaam een verandering ontstaat in de denkwijze van artsen waarin meer ruimte is om elkaar aan te spreken op gedrag wanneer dit in het belang is van de patiënt, er meer *peer support* ontstaat zodat zorgverleners hun eigen menselijke feilbaarheid erkennen en er een verschuiving is van zich schamen voor fouten naar willen leren. Deze veranderingen ontstaan bijvoorbeeld door een verandering in medisch (vervolg)onderwijs (Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde, 2018), maar ook ziekenhuizen erkennen de noodzaak van deze veranderingen



steeds meer (Koster, 2018). Het is echter een lastige verandering, zolang het *hidden curriculum* onbewust de werkcultuur blijft beïnvloeden.

Rekening houdend met de verschillen tussen zorginstituties op gebied van cultuur, machtsverhoudingen en ontwikkeling van professionaliteit en leiderschap (Weidema, Van Dartel & Molewijk, 2018), is bovenstaande schets van de werkcultuur van artsen in Nederland natuurlijk niet overal hetzelfde.

### 2.1.3 Maatschappij & burn-out bij artsen

Hoe er over burn-out bij artsen wordt gedacht en gesproken, hangt niet alleen af van de institutionele setting zoals de beschreven werkcultuur, ook maatschappelijke tendensen hebben hier invloed op.

In de hedendaagse Westerse samenleving staan het individu en autonomie voorop. Zorgethica en hoogleraar politieke wetenschappen Tronto (1993) beschrijft hoe de mens zichzelf ziet als autonoom en onafhankelijk, waardoor het moeilijk is om toe te geven dat mensen ook behoeftig zijn. Mensen die meer behoeften hebben dan anderen, zijn minder autonoom en worden daarom als ‘minder’ gezien. Afhankelijkheid wordt gezien als een zwakte en er is weinig ruimte voor de kwetsbaarheid van de mens (Tronto, 1993; 2013). Doordat het in de Westerse samenleving draait om het individu is er verharding ontstaan: eigenbelang staat voorop en mensen zijn minder bereid om rekening te houden met anderen (Lombarts, 2018). “De verheerlijking van het individu en de nadruk op zelfredzaamheid kan betekenen dat als het je niet lukt om je leven en je gezondheid op orde te houden, je voor lui, zwak of mislukt wordt aangezien” (Idem, p.140). De verantwoordelijkheid voor het eigen leven wordt dus bij het individu gelegd (Lombarts, 2018; De Bree, 2018; Desmet, 2018), zo ook de verantwoordelijkheid voor je eigen gezondheid.

Naast dat de nadruk op het individu, eigen verantwoordelijkheid en autonomie ervoor zorgen dat ziekte of behoeftig zijn wordt gezien als zwakte, wordt ziekte überhaupt niet geaccepteerd in de maatschappij (Vissers, 2018; Haring, 2018). Want “[...] ziekte houdt ons als autonoom wezen af van onze zelfverwezenlijking” (Vissers, 2018, p.154). Huisartsen Meijman en Valkenburg (2018) beschrijven “[...] een maatschappij waar de illusie van de maakbaarheid van het leven leidend lijkt en ziekte niet meer als pech wordt beschouwd, maar als iets wat voorkomen had kunnen worden door ofwel meer diagnostiek of een gezonder leven [...]”

(p.39). Er is geen ruimte voor de imperfectie van het menselijk lichaam, terwijl ons lichaam volgens filosoof Haring (2018) altijd kapot is, “minstens voor een beetje” (p.132). Ook Ten Thije en Esche (2018), onderzoekscurator en directeur bij het Van Abbemuseum, signaleren deze weerstand tegen imperfectie: “[...] in de laatmoderne samenleving is perfectie een haast ziekmakend verschijnsel op zich geworden. De moderne mens ziet zich steeds gemakkelijker als een zwak aftreksel van een fictief, perfect lichaam, dat met behulp van photoshop en *social media* alomtegenwoordig lijkt” (p.268). Een goed functionerend lichaam is hard nodig in de huidige prestatie maatschappij (Van Engelen & Van der Wilt, 2018).

Als iemand wel ziek wordt, kan dit een taboe zijn. Sociale media laat zien dat mensen veel dagelijkse gebeurtenissen delen, maar er is hier weinig terug te zien over de kwetsbaarheid rondom ziekte en dood. “Leven doe je samen, ziek-zijn alleen” (Vissers, 2018, p.155). Dit benadrukt nogmaals hoe ziekte wordt gezien als een individueel probleem. Daarnaast is het vanuit de samenleving vanzelfsprekend dat als iemand ziek wordt, bijvoorbeeld door kanker, tegen de ziekte gevochten moet worden door de patiënt en opgeven geen optie is, waardoor een vals gevoel van controle en autonomie ontstaat (Kruijff, 2018).

Een andere maatschappelijke tendens die mogelijk invloed heeft op het kijken naar burn-out bij artsen, is de manier waarop er überhaupt naar artsen wordt gekeken in de samenleving. Bransen (2018), hoogleraar filosofie van de gedragswetenschappen, beschrijft hoe de wereld door massamedia, steeds kleiner en toegankelijker is geworden, maar ook steeds globaler en anoniemer. Hierdoor wordt er over de wereld, maar ook over dingen die zich voordoen op de wereld zoals dokters, anoniemer en globaler gepraat. Het discours over dokters is veranderd, waardoor de dokter nu als vanzelfsprekend vervangbaar worden gezien en louter een anoniem en onpersoonlijk instrument is. Ook het discours over gezondheid en ziekte is veranderd door erover te praten met “[...] abstracte, globale, anonieme en instrumentele woorden van de bureaucratie” (Idem, p.149). Hierdoor is men niet alleen van de dokter vervreemd, maar ook van de eigen gezondheid.

De manier waarop naar artsen wordt gekeken en wat er van ze verwacht wordt is ook veranderd met invoering van de marktwerking in de zorg en de bijkomende managementcontrole (Lombarts, 2018). Terwijl in het privéleven het individu en keuzevrijheid centraal staan, ligt binnen het werkende leven de nadruk juist op een overmaat aan controles (Desmet, 2018) en protocollen en regels waardoor niet de individuele mens,

maar het systeem bepaalt (Lombarts, 2018). Zeker artsen hebben niet altijd de mogelijkheid tot autonomie binnen hun werk, vanwege bijvoorbeeld een strakke tijdsplanning, veel kwaliteitseisen en administratiedruk (Koster, 2018; Kole, 2018). Zorgethica Van Heijst (2011) stelt dat door de marktwerking en managementbenadering in de zorg, zorgverleners louter een bepaalde functie vervullen, waardoor hun eigen menselijkheid en kwetsbaarheid irrelevant wordt. Professionals zijn ervan doordrongen dat ze zich rationeel en objectief moeten opstellen (idem, 2005). Hoogleraar Professional Performance Lombarts (2018) noemt de eenzijdige gerichtheid op de het systeem de verzakelijking van de maatschappij. Zij signaleert daarnaast ook, in navolging van de Belgische filosoof Devisch, een versnelling van de maatschappij. Deze ontstaat doordat het aantal opties van wat er te doen is toeneemt en mensen daardoor ook meer gaan doen waardoor het leven compacter georganiseerd moet worden. Door de verzakelijking en versnelling is er binnen de zorg minder ruimte voor de menselijke kant (Lombarts, 2018), ook voor de menselijke kant van artsen. Daarbij komt dat er een toegenomen juridisering is in de maatschappij, waardoor artsen sneller aansprakelijk worden gesteld voor een verkeerde behandeling of diagnose (Vissers, 2018; Meijman & Valkenburg, 2018). De arts komt hierdoor in een kwetsbare positie. Niet alleen omdat er meer kans bestaat op het ontwikkelen van burn-outklachten, maar ook omdat dit minder bespreekbaar is vanwege de angst voor klachten.

Samenvattend wordt gezien dat ziek zijn, en dus ook het hebben van een burn-out, niet altijd wordt geaccepteerd. Het hebben van een burn-out kan gezien worden als zwakte en er is weinig ruimte voor de bijkomende kwetsbaarheid. Artsen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, maar hebben binnen hun werk weinig mogelijkheden tot controle. Zorgen voor artsen als medemensen is door de individualisering, verzakelijking en versnelling van de maatschappij meer op de achtergrond geraakt.

#### 2.1.4 Palliatieve zorg & burn-out bij artsen

Palliatieve zorg wordt door de *World Health Organization* (WHO) gedefinieerd als:

*[...] an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief*

*of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.*<sup>14</sup>

Het gaat om het behouden en verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. In de toekomst zullen steeds meer artsen palliatieve zorg leveren vanwege het toenemen van onbehandelbare ziekten als gevolg van het toenemen levensverwachting (Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Hynes, Maffoni, Argentero, Giorgi & Giardini, 2019).

Palliatieve zorg wordt door verschillende zorgverleners op verschillende plekken uitgeoefend, zoals in het ziekenhuis, in een verpleeghuis, een hospice of bij mensen thuis. Het kan in principe door alle artsen worden verleend, maar in Nederland is er ook een speciale opleiding, de Kaderopleiding Palliatieve Zorg, om medisch specialisten en huisartsen verder op te leiden in dit vakgebied. Deze opleiding duurt twee jaar en wordt gevolgd naast het werkzaam zijn in de palliatieve zorg.<sup>15</sup> “Toepassen van het geleerde in de (eigen) palliatieve praktijk en reflectie daarop vormen de basis van de kaderopleiding”.<sup>16</sup> Naast deze opleiding worden ook cursussen aangeboden om Nederlandse artsen meer bij te brengen over palliatieve zorg.<sup>17</sup>

Het leveren van palliatieve zorg brengt specifieke uitdagingen met zich mee waardoor naar verwachting meer kans bestaat op het ontstaan van burn-outklachten. Deze uitdagingen zijn bijvoorbeeld de existentiële en emotionele aspecten die komen kijken bij het werken met lijdende en stervende patiënten, het relationele aspect van het werk en de vele (ethische) beslissingen die gemaakt moeten worden bij complexe situaties rondom het levenseinde (Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Dréano-Hartz et al., 2016; Harrison et al., 2017; Hynes, Maffoni, Argentero, Giorgi & Giardini, 2019; Sanchez-Reilly et al., 2013; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011; Kavalieratos et al., 2017). Daarnaast wordt in de traditionele medische cultuur de dood van een patiënt beschouwd als een mislukking van een arts. Hierdoor kan het bespreekbaar maken van de dood lastig zijn voor artsen, terwijl praten over de dood met patiënten en naasten een belangrijk aspect is van palliatieve zorg (Sanchez-

---

<sup>14</sup> World Health Organization, 2002. Palliative Care. Geraadpleegd op 16 maart 2020: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>

<sup>15</sup> Kaderopleiding Palliatieve Zorg, 2020. Geraadpleegd op 16 maart 2020: <https://www.opleidingpalliatievezorg.nl/kaderopleiding>

<sup>16</sup> Kaderopleiding Palliatieve Zorg, 2020. Geraadpleegd op 16 maart 2020: <https://www.opleidingpalliatievezorg.nl/kaderopleiding/over-de-kaderopleiding/inleiding>

<sup>17</sup> Cursus Palliatieve Zorg Medisch Specialist, 2020. Geraadpleegd op 16 maart 2020: <https://www.opleidingpalliatievezorg.nl/cursus>

Reilly et al, 2013). De zorg voor terminale patiënten kan ook lastig zijn voor artsen omdat het hen herinnert aan hun eigen sterfelijkheid en persoonlijke ervaringen met de dood en verlies (Sanchez-Reilly et al, 2013; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011). Palliatieve zorg leveren vraagt om een balans tussen het op afstand blijven om te kunnen denken en functioneren, maar toch nabij genoeg zijn om een relatie aan te gaan met patiënten en diens naasten en betrokken te zijn (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007). Naast deze aspecten van de palliatieve zorg spelen ook de eerder genoemde aspecten van het werkzaam zijn als arts, zoals hoge werkdruk, het doen van diensten of weinig controle over het werk, mee bij het ontstaan van burn-outklachten bij artsen werkzaam in de palliatieve zorg.

Een enkele studie naar artsen werkzaam in de palliatieve zorg laat inderdaad een hoge prevalentie van burn-outklachten zien in vergelijking met andere specialismen (Kamal et al., 2016). Daarentegen laten de meeste onderzoeken, waaronder twee reviews, juist een lager percentage van burn-outklachten zien bij artsen werkzaam in de palliatieve zorg dan bij andere specialisten, zoals oncologen (Sanchez-Reilly et al, 2013; Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Dréano-Hartz et al., 2016). Granek, gezondheidspsycholoog, en Buchman, huisarts gespecialiseerd in palliatieve zorg (Granek & Buchman, 2019), leggen uit dat dit komt omdat artsen in de palliatieve zorg zijn opgeleid om met de emotionele uitdagingen van het overlijden van patiënten om te gaan. Wanneer een patiënt overlijdt, wordt dit niet gezien als persoonlijk falen. Bovendien werken deze artsen in een palliatief team waardoor ze zich niet als individu verantwoordelijk voelen voor moeilijke beslissingen en gebeurtenissen. Ook stellen zij dat palliatieve teams niet hiërarchisch zijn en er een open en ondersteunende cultuur heerst waardoor er voor alle zorgverleners ruimte is voor het ervaren van rouw en verlies. Collega's onderling zorgen voor elkaar: *“This involves noticing suffering in others, interpreting and responding empathically to that suffering, taking compassionate action to alleviate it, and creating a culture of caring and mutual support”* (idem, p.E381). Doordat artsen werkzaam in de palliatieve zorg zijn opgeleid om competenties te ontwikkelen om lijden te verlichten, kunnen ze mogelijk adequater omgaan met hun eigen lijden (Granek & Buchman, 2019). Als we naar de Kaderopleiding Palliatieve Zorg in Nederland kijken dan valt inderdaad op dat er aandacht is voor de zorg voor de arts zelf en de collega's waarmee hij of zij samenwerkt, waarbij expliciet wordt genoemd dat de kaderartsen bijdragen “[...] aan een gezonde teamontwikkeling en conflicthantering”.<sup>18</sup> Dit betekent mogelijk wel dat artsen

---

<sup>18</sup> Kaderopleiding Palliatieve Zorg, 2020. Geraadpleegd op 16 maart 2020: <https://www.opleidingpalliatievezorg.nl/kaderopleiding/competentieprofiel/samenwerking>

die veel palliatieve werkzaamheden uitvoeren zonder opleiding, of niet vanuit een palliatief team, een hoger risico hebben op het ontwikkelen van burn-outklachten.

## 2.2 Zorgethiek

De bovenstaande voorstudie naar burn-out in relatie tot de werkcultuur, maatschappelijke tendensen en palliatieve zorg laat zien dat burn-outklachten worden gezien als een probleem van de individuele arts, en er geen ruimte is voor de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van artsen. De zorgethiek kan hier een andere kijk op bieden.

Zorgethiek wordt zowel gezien als een morele en politieke theorie (Engster & Hamington, 2015) als een interdisciplinair onderzoeksveld dat is ontstaan begin jaren 80 (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019). Zorgethiek zet zich af tegen een ethiek waarin een autonoom en onafhankelijk mensbeeld centraal staat, door mensen vanuit een relationeel mensbeeld te zien als afhankelijk en kwetsbaar (Tronto, 1993; Kittay, 1999; 2015). Centraal staat de vraag: “wat is moreel goed vanuit het perspectief van zorg, gegeven deze particuliere situatie?” (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019, p.21). In tegenstelling tot standaard biomedische ethiek wordt er niet gewerkt met algemene principes of regels, maar wordt bepaald wat goede zorg is in de praktijk zelf (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). Zorg wordt dus gezien als contextueel en gebonden aan particuliere situaties (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). Het begrip zorg wordt hierbij breed opgevat als: “*a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible*” (Fisher & Tronto, 1990, p.40). Zorg wordt dus gezien als een sociale en politieke praktijk en als een belangrijk aspect van het mens-zijn.

Hieronder zal verder ingegaan worden op verschillende zorgethische visies die van belang kunnen zijn in relatie tot burn-out bij artsen. Allereerst wordt beschreven hoe er vanuit de zorgethiek waarde wordt gehecht aan emoties. Daarna wordt aandacht besteed aan de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de mens. Hieruit volgt hoe verschillende zorgethici denken over waarom en hoe de maatschappij moet zorgen voor de zorgverlener, maar ook wordt beschreven hoe er tegen zelfzorg wordt aangekeken. Als laatste wordt, door deze aspecten te betrekken op burn-out bij artsen, een conclusie gevormd over hoe er vanuit de zorgethiek gekeken kan worden naar burn-out bij artsen en hoe dit tegenover het beeld staat dat vanuit de maatschappij en de werkcultuur ontstaat.

### 2.2.1 Belang van emoties

Emoties worden binnen de zorgethiek gezien als informatieve en motiverende morele instrumenten (Engster & Hamington, 2015). Emoties zijn een waardevolle bron van kennis als het gaat om het geven van goede zorg. Ze spelen zowel een rol bij de motivatie om te zorgen als in de praktijk van het zorgen zelf (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). Zorg brengt namelijk altijd emoties met zich mee, zowel positieve als negatieve emoties (Van Heijst, 2011). Zo kunnen door het verlenen van zorg ook emoties ontstaan waarmee zorgverleners moeilijk om kunnen gaan. Emoties en gevoelens kunnen zorgverleners overweldigen of leiden tot morele stress of burn-outklachten. Als reactie daarop kunnen zorgverleners deze emoties onderdrukken. Ook kunnen zorgverleners bepaalde emoties onderdrukken omdat ze gezien worden als emoties die niet passen bij de activiteit zorgen, zoals boosheid (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017).

Zorghouders Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) pleiten voor het erkennen van alle verschillende emoties die zorgverleners kunnen ervaren tijdens hun werk en dus geen enkele emotie te onderdrukken (zoals wel gebeurt wanneer artsen geloven dat ze zich rationeel en objectief moeten opstellen). Ze leggen uit dat deze emoties hoe dan ook aanwezig zullen zijn, dus dat het beter is wanneer zorgverleners dit accepteren en hierop kunnen reflecteren. Omdat emoties een drijfveer zijn voor ethisch gedrag, kunnen ze door middel van reflectie gebruikt worden om gedrag bij te sturen naar het juiste ethische gedrag in een bepaalde situatie. Er is echter een verschil tussen alle emoties erkennen en alle emoties tot uiting laten komen in bijzijn van patiënten. Dit laatste is niet nodig om te komen tot goede zorg; erkenning en reflectie daarentegen wel.

Een andere reden waarom het belangrijk is aandacht te hebben voor de emoties van zorgverleners is dat deze samenhangen met hun welzijn. Het welzijn van zorgprofessionals is nauw verbonden met de kwaliteit van zorg die ze leveren aan patiënten. Aandacht voor de emotionele gesteldheid van zorgverleners is dus, zowel vanwege hun eigen gezondheid als voor die van patiënten, belangrijk (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017).

Emoties van zorgverleners zijn dus belangrijk om te erkennen en niet te onderdrukken, maar Van Heijst (2011) geeft aan dat niet enkel emoties nodig zijn om te zorgen of verantwoordelijkheid te nemen, ook de ratio is belangrijk en er is een faciliterende

institutionele context nodig. Ook Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) beargumenteren dat vanuit het zorginstituut ruimte gecreëerd moet worden voor emoties.

### 2.2.2 Afhankelijkheid

Zorgethici beschouwen de mens als fundamenteel relationeel en afhankelijk (Engster & Hamington, 2015). Het gaat hierbij niet alleen om de afhankelijkheid van zorgontvangers van zorgverleners, maar om de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de mens in welke conditie dan ook (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Zorgethica Kittay (2015) schrijft over de ‘onvermijdelijke afhankelijkheid’ die geworteld is in de menselijke biologie. Mensen zijn afhankelijk van elkaar om te kunnen overleven, zoals kinderen, ouderen of zieken die zorg nodig hebben. Eichner (2015), zorgethica en hoogleraar rechten, heeft het ook over deze onvermijdelijke afhankelijkheid die hoort bij het menselijk leven. Mensen worden volledig afhankelijk geboren en hebben zorg en de mogelijkheid tot ontwikkeling nodig om (gedeeltelijk) autonoom te worden. Maar, stelt Eichner, ook gezonde volwassenen hebben zorg nodig, in sommige periodes meer dan de andere, waardoor volledige onafhankelijkheid nooit haalbaar is. Tronto (2010) gaat nog een stap verder door te stellen: “[...] *all human beings require care, all the time*” (p.163). Volgens haar wordt deze behoefte aan zorg gemarginaliseerd zolang er een autonoom mensbeeld heerst, want daardoor worden zorgvragers gezien als kwetsbaar en incompetent vanwege hun afhankelijkheid. Ook Kittay (1999; 2001) stelt dat de mensen die meer afhankelijk zijn dan anderen worden buitengesloten wanneer gelijkheid het ideaal is en afhankelijkheid een uitzondering, omdat zo de daadwerkelijke afhankelijkheid van alle mensen verborgen blijft.

Naast deze onvermijdelijke afhankelijkheid zijn mensen volgens Kittay (2015) ook ‘onlosmakelijk onderling afhankelijk’, omdat iedereen in een bepaalde mate van sociale regelingen afhankelijk is, zoals de beschikbaarheid van eten. Daarnaast schrijft Kittay (1999; 2015) over ‘afgeleide afhankelijkheid’ die ontstaat wanneer mensen vanwege de relatie die ze hebben met iemand die afhankelijk is van hun zorg en bescherming, zelf ook afhankelijk zijn omdat ze niet zomaar weg kunnen uit deze relatie. Er is dus een onderlinge afhankelijkheid tussen de zorgverlener en zorgontvanger (Kittay, 1999; Van Heijst, 2005). Al deze soorten afhankelijkheid maken dat onafhankelijkheid voor iedereen, inclusief artsen, een illusie is, waardoor we als samenleving moet accepteren dat afhankelijkheidsrelaties onderdeel zijn van wie we zijn (Kittay, 2001).



### 2.2.3 Kwetsbaarheid

Naast dat alle mensen afhankelijk zijn, zijn mensen ook fundamenteel kwetsbaar. Volgens Kittay (1999; 2015) vloeit deze kwetsbaarheid voort uit de onvermijdelijke afhankelijkheid van de mens. Kwetsbaarheid is een relationeel en lichamelijk onderdeel van het mens-zijn (Kittay, 1999). Daarnaast kan de kwetsbaarheid van zorgverleners versterkt worden door het (tijdelijk) wegwuiven van eigen belang, door de affectieve band tussen zorgverlener en zorgontvanger, en door de betrokkenheid van de zorgverleners om het welzijn van de zorgontvanger (Kittay, 1999; 2001).

Ook Van Heijst (2011) schrijft dat alle mensen kwetsbaar zijn en legt extra nadruk op het belang van het erkennen van de kwetsbaarheid van zorgverleners als medemensen: “*the caregiver is not superman or superwoman, but a fragile creature*” (2011, p.196) en “wie verantwoordelijkheid draagt [...] blijkt zelf ook een kwetsbaar wezen” (2005, p.304). Ook zorgverleners hebben behoeften, zoals aan relationaliteit en medemenselijkheid. Van Heijst (2011) geeft daarnaast aan dat vaak gekeken wordt naar de macht die zorgverleners hebben over zorgontvangers, maar dat niet vergeten moet worden dat zorgontvangers ook macht kunnen hebben over zorgverleners (zoals wanneer een arts door een patiënt voor de tuchtrechter worden gedaagd). Ook Kittay (1999; 2001) geeft aan dat zorgverleners kwetsbaar zijn voor uitbuiting door zorgvragers, hun naasten of de maatschappij. Zorgethici Vosman en Niemeijer (2017) signaleren nog een andere macht door te laten zien dat in de laat-moderniteit iedereen precair is vanwege de macht van institutionele settingen. Zij beschrijven precariteit als onzekerheid van iemands positie in en vanwege een institutionele setting (p.473). Mensen worden kwetsbaar gemaakt in de maatschappij en staan hier machteloos tegenover (Vosman & Niemeijer, 2017).

Ook Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) geven aan dat zorgverleners niet altijd alleen maar bekwaam en veerkrachtig zijn, maar dat zij ook kwetsbaar zijn. Volgens hen ontstaat deze kwetsbaarheid in zowel lichamelijke, sociale als emotionele aspecten. Zij gaan vooral in op de kwetsbaarheid die ontstaat wanneer zorgverleners geconfronteerd worden met hun eigen of andermans emoties. Zij pleiten ervoor dat er aandacht komt voor de kwetsbaarheid van zorgverleners en dat erkend wordt dat ook zorgverleners zorg behoeven.

#### 2.2.4 Zorg voor elkaar, ook voor de zorgverlener

Verschillende zorgerthici, zoals Kittay, Van Heijst en Tronto, beargumenteren dat zorgverleners niet alleen moeten zorgen, maar dat ze zelf ook zorg nodig hebben en dit verdienen (Baur, Van Nistelrooij en Vanlaere, 2017).

Omdat mensen afhankelijk en kwetsbaar zijn, moet er in sociale regelingen aandacht geschonken worden aan behoeften en relaties die mensen ondersteunen in hun afhankelijkheid en kwetsbaarheid (Kittay, 1999; 2015). Volgens Kittay (1999; 2015) kan dit door de ander te herkennen als *'some mother's child'*, dus als iemand in wie ook zorg is geïnvesteerd, aangezien niemand heeft kunnen overleven zonder dergelijke zorg. Door deze relationaliteit wordt duidelijk dat iedereen op dit punt gelijk is en iedereen het dus waard is om zorg en connectie te ontvangen. Iedereen die zorg nodig heeft, moet dat volgens Kittay krijgen van iemand die dat kan geven, maar de zorgverlener moet ook weer zorg krijgen van iemand die dat kan geven. Zorg is hierdoor een *'nested relationality'*, waarbij ieder individu is genesteld in zorgrelaties (Kittay, 1999). Een zorgrelatie wordt op deze manier meer dan een dyadische relatie (Kittay, 2015). Er ontstaat wederkerigheid, niet door zorg terug te geven, maar door zorg door te geven, waardoor er voor iedereen gezorgd wordt. Deze sociale samenwerking die afhankelijk is van de *'nested relationality'* en verplichtingen noemt Kittay *'doulia'* (Kittay 1999). *Doulia* komt van het woord *doula*, een term voor de verzorger die een moeder vlak na de geboorte van een kind verzorgt, zodat de moeder voor het kind kan zorgen (Kittay 2001).

Kittay vertrekt dus vanuit afhankelijkheid, waardoor een sociale en politieke verplichting ontstaat om te zorgen voor de zorgverlener (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017). Door het de verantwoordelijkheid van een grotere sociale groep te maken om te zorgen voor een structuur waarin ook de zorgverlener wordt behandeld als *'some mother's child'*, beantwoordt Kittay (1999) de vraag *"who is to care for the caregiver?"* (p.65). Wanneer afhankelijkheid niet wordt erkend, leidt dit tot uitbuiting en ongelijkheid van zorgverleners (Kittay, 1999). Kittay (2001) pleit er daarom voor dat zorgverleners voldoende waardering en betaling krijgen voor hun werk en dat het belangrijk is om te investeren in opleiding en training zodat zorgverleners de juiste vaardigheden verwerven om hun werk goed te kunnen doen.

Ook de Franse filosoof Levinas stelt dat mensen verantwoordelijk zijn voor het welzijn van anderen. Deze verantwoordelijkheid ontstaat al door enkel de aanwezigheid van de ander. De

aanwezigheid van de ander doet namelijk een “[...] appèl om mee te werken aan het scheppen van voorwaarden voor kwaliteit van leven” (Keij, 2018, p.211). Dit is niet een keuze, maar iets dat wordt opgelegd buiten de vrije wil om (Keij, 2018). Deze fundamentele en passieve ontvankelijkheid voor de ander vormt dus de basis voor morele verantwoordelijkheid en morele gevoeligheid (Nortvedt, 2008). Deze verantwoordelijkheid invullen is echter een lastige taak, omdat er kans bestaat op misinterpretatie van behoeften en men geneigd is zich vast te houden aan regels en protocollen waardoor de individuele mens niet meer centraal staat (Keij, 2018). Ethicus Nortvedt (2008) gebruikt de theorie van Levinas om uit te leggen dat zorgverleners volledig ontvankelijk en gevoelig moeten zijn voor de kwetsbaarheid van de zorgontvanger om kennis te verwerven die nodig is voor het leveren van goede zorg. Andersom hebben anderen, volgens de theorie van Levinas, ook de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van zorgverleners.

Op basis van Kittay en Levinas kan beargumenteerd worden dat mensen in de samenleving een verantwoordelijkheid hebben om te zorgen voor zorgverleners, maar ook instituties zouden deze verantwoordelijkheid moeten dragen. Tronto (2010) pleit ervoor te erkennen dat mensen afhankelijk zijn van zorg, waardoor de noodzaak ontstaat om binnen instituties goede zorg aan elkaar te leveren. Ze beschrijft drie voorwaarden waar goede zorg binnen een institutie aan moet voldoen: het doel van zorg moet duidelijk zijn; machtsrelaties moeten erkend worden, zowel buiten de organisatie op politiek niveau als binnen de organisatie zelf; en zorg moet pluralistisch en particulier zijn zodat deze aansluit bij individuele behoeften. Tronto heeft het hierbij over de zorg die openbare sociale instellingen leveren aan cliënten of patiënten, maar deze redenering kan verder doorgetrokken worden. Aangezien alle mensen volgens Tronto zorg behoeven, kan gesteld worden dat binnen instituties niet alleen gezorgd moet worden voor de cliënten of patiënten, maar ook voor werknemers, zoals de zorgverleners. Tronto geeft hier in ditzelfde artikel al een kleine aanzet toe door te schrijven dat, ondanks dat er in instituties vaak weinig ruimte is voor zelfzorg, binnen zorginstellingen wel rekening moet worden gehouden met de behoeften van zorgverleners.

Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) verwachten van zorginstellingen dat deze bijdragen aan het welzijn van zorgverleners. Zij willen, als aansluiting op hun pleidooi voor het creëren van meer ruimte voor emoties van zorgverleners, dat zorginstellingen erkennen dat emoties bij zorgverleners aanwezig zijn en dat deze een belangrijke waarde hebben. Zorginstellingen en hun managers moeten ruimte creëren voor de kwetsbaarheid van zorgprofessionals en

ondersteuning bieden die is afgestemd op de behoeften van de individuele zorgverlener. De verantwoordelijkheid van zorgverleners om bewust te zijn van emoties en de reflectie hierop, ligt volgens hen dus niet enkel bij de individuele zorgverlener, ook zorgorganisaties moeten een zorgpraktijk creëren waarin reflectie op emoties is toegestaan. Een voorstel dat zij hiervoor doen is om moreel beraad te organiseren. Daarnaast stellen ze voor om studenten tijdens hun opleiding tot zorgverlener goed ethiekonderwijs aan te bieden, waarbij er aandacht moet zijn voor de verschillende emoties die naar voren kunnen komen en hoe hierop gereflecteerd kan worden.

Ook Eichner heeft het over zorgen voor de ander, waaronder de zorgverlener. Eichner (2015) stelt, op basis van de onderlinge afhankelijkheid van mensen, de staat in de eerste plaats verantwoordelijk is voor het ondersteunen van stabiele zorgrelaties. De staat moet nadenken over hoe burgers het beste kunnen worden ondersteund en moet ervoor zorgen dat maatschappelijke instellingen zorg en ontwikkeling faciliteren.

Vanuit de palliatieve zorg wordt er in de richtlijn ‘palliatieve sedatie’ geschreven over zorg voor de zorgenden, want “alleen als zorgenden met liefde en zorgzaamheid voor zichzelf en voor elkaar zorgen en wanneer hun organisaties hierin ondersteuning bieden, zullen zorgverleners goed voor de kwetsbare ander kunnen blijven zorgen”.<sup>19</sup> In deze richtlijn is aandacht voor vier dingen: duidelijke informatieverstrekking naar zorgverleners over patiënten en het beleid; ondersteuning bij klinische en praktische zaken; emotionele ondersteuning; en aandacht voor betekenisgeving. Er wordt hier niet specifiek ingegaan hoe zorgorganisaties ruimte kunnen creëren voor deze vier punten, er wordt voornamelijk benadrukt dat zorgverleners onderling hier aandacht voor moeten hebben.

### 2.2.5 Zelfzorg

Bovenstaande laat zien dat er binnen de zorgethiek aandacht is voor het zorgen voor de zorgverlener door anderen. Echter, hoe er over de mogelijkheid van zelfzorg door zorgverleners wordt gedacht, daar hebben verschillende zorgethici verschillende meningen over. Bijvoorbeeld Bubeck sluit de mogelijkheid van zelfzorg uit, omdat ze vindt dat iemand

---

<sup>19</sup> Integraal Kankercentrum Nederland, Oncoline: richtlijnen oncologische zorg, 29 januari 2009. Landelijke richtlijn: palliatieve sedatie. Geraadpleegd op 2 april 2020: [https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=28947&richtlijn\\_id=632](https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=28947&richtlijn_id=632)

niet kan zorgen voor zichzelf. Ze definieert zorg als “[...] *meeting the needs for others who cannot meet their needs themselves* [...]”.<sup>20</sup>

Sommige zorgethici benadrukken dat zorgverleners hun eigen behoeften (tijdelijk) aan de kant moeten zetten om te kunnen zorgen, waardoor zelfzorg op de achtergrond raakt. Kittay (1999) heeft het bijvoorbeeld over een ‘*dependency worker*’ die zij beschrijft als “[...] *a self that defers or brackets its own needs in order to provide for another’s*” (p.51) en over een ‘*transparent self*’ als “[...] *a self that, when it looks to gauge its own needs, sees first the needs of another*” (p.51). Altruïsme is volgens haar nodig voor *dependency work*. Aan de andere kant benadrukt ze ook dat zorgverleners niet meer moeten proberen te geven dan ze kunnen. Ethici Nordhaug en Nortvedt beargumenteren dat het in professionele zorg niet gepast is om een balans te vinden in de behoeften van zorgontvangers en zorgverleners, omdat zorgverleners volledig altruïstisch gericht moeten zijn op zorgontvangers (Van Nistelrooij & Leget, 2017).

Andere zorgethici benadrukken juist dat zelfzorg belangrijk is. Van Heijst (2011) zet zich af tegen het idee dat zorgverlening puur altruïsme, ofwel zelfopoffering, vereist. Zorgverleners moeten volgens haar veel willen geven, maar niet ten koste van zelfrespect of hun eigen mentale of fysieke welbevinden: “[...] *professionals tune in with the person who needs care and at the same time also remain tuned in with themselves*” (p.201). Zorgverleners moeten zichzelf kunnen waarderen. Alleen wanneer iemand uit zichzelf tijd en energie opgeeft, gedreven is om zich in te zetten voor de zorgontvanger en gevoelens van professionele verantwoordelijkheid heeft, is zelfopoffering volgens Van Heijst niet schadelijk. Als dit niet het geval is, dan worden zorgverleners door zelfopoffering ongevoelig voor hun eigen behoeften, waardoor ze ook eerder afgestompt raken voor de behoeften van anderen. Tronto (1993) schrijft niet veel over zelfzorg, maar door te schrijven: “[...] *we must honor what most people spend their lives doing: caring for themselves, for others, and for the world*” (p.x), laat ze zien dat het een belangrijk onderdeel is van het menselijke leven. Ook zij geeft aan dat er een balans moet zijn tussen de behoeften van de zorgverleners en zorgontvangers (Tronto, 1993). Zelfopoffering beschouwt Tronto als “[...] *a risk of either exhaustion, over-identification with others, self-deprivation, or further social and political marginalization*” (Van Nistelrooij, 2014, p.520).

---

<sup>20</sup> Maureen Sander-Staudt, Internet Encyclopedia of Philosophy, 2019. Care Ethics. Geraadpleegd op 3 april 2020: <https://www.iep.utm.edu/care-eth/>

Zorgethica Van Nistelrooij zet zich hiertegen af door te stellen dat zelfopoffering niet per definitie slecht is: “Het spoor dat het leven trekt maakt zelfopoffering voorstelbaar: niet als domheid of lafheid, geen slaafse onderwerping en ook geen heldendom, maar als paradoxale zelfverwerkelijking” (2014, p.46). Van Nistelrooij (2014; 2015) laat zien vanuit de praktijk dat zelfopoffering onderdeel is van zorg, ook in een professionele context. Keuzevrijheid speelt hierbij volgens haar slechts een bescheiden rol, omdat zorgverleners en zorgontvangers zich bevinden in een relatie van afhankelijkheid. In navolging van de Franse filosoof Ricoeur stelt zij namelijk dat het zelf niet bestaat zonder anderen, waardoor zorgen een manier is van “*expressing a sense of belonging together*” (Van Nistelrooij, 2014, p.528). Zelfopoffering bevestigt volgens haar de identiteit van zorgverleners in relatie tot anderen en is dus niet slechts een neveneffect van zorgverlening. Zelfopoffering is dus niet intrinsiek goed, maar vanwege de verbondenheid met anderen kan het soms wel de moeite waard zijn. Als aanvulling hierop stelt ze samen met zorgethicus Leget (Van Nistelrooij & Leget, 2017) dat er vanwege de relationele ontologie waardoor de mens niet los gezien kan worden van anderen, er ook geen dichotomie bestaat tussen de jezelf en de ander of tussen zelfzorg en zelfopoffering. Hierdoor kan in professionele zorg voor beide ruimte zijn.

Door de aandacht niet alleen te leggen op de zorg die artsen moeten krijgen van anderen, maar ook te benadrukken dat zelfzorg, ondersteund vanuit opleiding of instelling, belangrijk is, worden artsen niet enkel worden gezien als “onschuldige meelijwekkende slachtoffers” (Kole, 2018, p.232) die worden gedwarsboomd door bureaucratische en vijandige zorginstituties, commerciële bestuurders en een op de marktgerichte overheid.

### **2.3 Conclusie**

Uit de voorstudie is een beeld ontstaan waarin van artsen verwacht wordt dat zij rationeel en objectief horen te zijn. Er is weinig ruimte voor emoties en gevoelens van artsen. Zorgethici bieden een alternatief perspectief door juist ruimte te creëren voor emoties bij zorgverleners, want zorgen gaat altijd gepaard met emoties. Deze emoties zijn niet alleen een bron van kennis over wat goede zorg is, maar zeggen ook iets over het welzijn van zorgverleners. Door vanuit zorginstituties ruimte te creëren voor het erkennen van emoties van artsen en artsen te leren op deze emoties te reflecteren, ontstaat ruimte om emoties die voorafgaan aan het ontstaan van een burn-out of horen bij burn-outklachten te bespreken. Dit kan niet alleen helpen burn-outklachten te voorkomen en zo het welzijn van zorgverleners te vergroten, maar het maakt ook het hebben van burn-outklachten makkelijker bespreekbaar.

De werkcultuur en maatschappelijke tendensen laten zien dat van artsen verwacht wordt dat ze individueel problemen oplossen en zelfredzaam en onafhankelijk zijn. Ook wordt van artsen verwacht dat ze onfeilbaar zijn en is er geen ruimte voor de imperfectie van het menselijk lichaam, waardoor er ook geen ruimte is voor de kwetsbaarheid van artsen. Verschillende zorgethici beschrijven juist hoe alle mensen afhankelijk zijn van anderen en kwetsbaar zijn in alle fasen van hun leven. Daarnaast schenken zij aandacht aan de macht van de institutionele setting waarin artsen werken en zij als mensen kwetsbaar gemaakt kunnen worden. Zorgethici zien afhankelijkheid en kwetsbaarheid niet enkel als iets wat bestreden of voorkomen moet worden, maar als een onderdeel van het mens-zijn. Door vanuit afhankelijkheid te kijken worden burn-outklachten niet meer het probleem van de individuele arts, maar een maatschappelijk probleem. Door vanuit kwetsbaarheid te kijken is het hebben van een burn-out niet meer een zwakte of teken van incompetentie, maar een mogelijk gevolg dat voortvloeit uit de kwetsbaarheid van de mens.

Door deze afhankelijkheid en kwetsbaarheid van artsen is het niet alleen de taak van artsen zelf om zorg te dragen voor hun welzijn, maar ook die van de maatschappij en de instituties waarin artsen werkzaam zijn. Zorg voor de ander vanwege gerichtheid op de ander biedt een ander perspectief dan het individualisme, de verzakelijking en de versnelling die beschreven is in de voorstudie, waarbij iedereen moet zorgen voor zichzelf en er geen ruimte is voor artsen als medemensen.

Kortom, door burn-out bij artsen vanuit zorgethisch perspectief te benaderen wordt dit naast een individueel probleem ook een maatschappelijk vraagstuk. Vanuit de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van artsen ontstaat ruimte om over burn-out bij artsen te praten binnen de werkcultuur en in het maatschappelijk debat. Er kan zo nagedacht worden over wie de verantwoordelijkheid draagt om te zorgen voor de zorgverlener, wie in het praten over burn-out bij artsen een machtige stem hebben en hoe de balans tussen zelfopoffering en zelfzorg in relatie staat tot burn-outklachten.

### 3. Methode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksbenadering (§3.1), de onderzoeksmethode (§3.2), de casusdefinitie en de manier van dataverzameling (§3.3) en -analyse (§3.4) beschreven, waarna ethische overwegingen (§3.5) worden weergegeven.

#### 3.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek volgt een zorgethische benadering vanuit een sociaal-constructivistisch wereldbeeld. Binnen dit wereldbeeld wordt bij individuen de subjectieve betekenis van ervaringen onderzocht die worden gevormd door interactie met anderen en met historische en culturele normen (Creswell & Poth, 2018). In dit onderzoek werd dit gedaan vanuit de Utrechtse zorgethiek. Deze interdisciplinaire benadering wordt gedreven door maatschappelijke vragen, waarbij de volgende vraag centraal staat: Wat is goede zorg gegeven deze particuliere situatie? Hierbij wordt enerzijds empirisch onderzoek en anderzijds conceptueel onderzoek gedaan. Deze twee vormen van onderzoek verrijken elkaar en vormen de basis van een zorgethische theoretisch kader. De geleefde ervaring, zorgpraktijken en de wijze waarop de samenleving is geordend staan centraal binnen de Utrechtse zorgethiek (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2019). Dit onderzoek is van zorgethische aard, omdat er vanuit de particuliere situatie van artsen werkzaam in de palliatieve zorg onderzoek is gedaan naar het maatschappelijke probleem van burn-out bij artsen en de relatie hiervan met goede zorg, waarbij de zorgpraktijk en maatschappelijke ordening worden meegenomen.

#### 3.2 Onderzoeksmethode

Het empirische deel van dit onderzoek is uitgevoerd middels discoursanalyse.

##### 3.2.1 Discours

Het begrip ‘discours’ heeft geen eenduidige definitie. Op zijn smalst wordt het opgevat als alle vormen van gesproken en geschreven taal. Van den Berg (2004), methodoloog van de Sociale Wetenschappen, vat het begrip discours breder op en beschrijft het als: “[...] alles wat als betekenisdrager functioneert en een rol speelt in alledaagse communicatie (gesprekken) en geïnstitutionaliseerde vormen van communicatie zoals massamedia” (p.30). De Franse filosoof Foucault gaat nog een stap verder, door discours te beschrijven als “[...] het geheel van sociale regels en sociale praktijken via welke een specifiek systeem van betekenissen geproduceerd wordt” (idem, p.32). Gee (2011a), hoogleraar in de taalkunde en



gespecialiseerd in discoursanalyse, maakt het onderscheid tussen discours (met een minuskel), ook wel ‘*language-in-use*’, en Discours (met een kapitaal). Discours (met een kapitaal) is discours (met een minuskel) in combinatie met ‘dingen’ die geen taal zijn zoals emoties, geloof, waarden, objecten of symbolen, waardoor identiteit en activiteiten worden gevormd. Dit lijkt meer op de beschrijving van discours van Foucault. In deze masterthesis is het onderscheid dat Gee maakt tussen discours (met een minuskel) en Discours (met een kapitaal) gebruikt, omdat dit aansluit bij de Utrechtse zorgethiek en omdat de analysemethode van Gee (2011a; 2011b) in dit onderzoek is gebruikt. Er is op deze manier rekening gehouden met de inbedding van een fenomeen (burn-out bij artsen) in de sociale praktijk (werkzaam zijn als arts in het palliatieve veld) waarbij er aandacht is voor institutionele sturing en relaties.

### 3.2.2 Discoursanalyse

Met discoursanalyse wordt onderzocht hoe taal, zowel gesproken als geschreven, sociale en culturele perspectieven en identiteiten bepaalt (Gee, 2005). Taal wordt bij een discoursanalyse gezien als contextafhankelijk. Taal wordt niet gezien als de reflectie van een realiteit buiten taal, maar taal vormt een eigen werkelijkheid waardoor betekenissen worden geproduceerd en sociale verhoudingen en identiteiten worden geconstrueerd. Met discoursanalyse wordt ook onderzocht hoe deze sociale werkelijkheden het karakter kunnen krijgen van vanzelfsprekendheden (Van den Berg, 2004). De term discoursanalyse omvat verschillende methoden en onderliggende theorieën (Gee, 2005).

### 3.2.3 Discoursanalyse binnen de gezondheidszorg

Communicatie speelt een centrale rol wanneer het gaat over gezondheid en de gezondheidszorg. Door het analyseren van discours binnen de gezondheidszorg ontstaat begrip en kennis over de verschillende sociale activiteiten binnen de gezondheidszorg, de rol die discours speelt in het overbrengen en vormgeven van persoonlijke ervaringen met betrekking tot ziekte en het tot stand brengen van (on)rechtvaardige praktijken in de gezondheidszorg. Op dit moment zijn binnen de gezondheidszorg voornamelijk discoursanalyses uitgevoerd naar de interactie tussen artsen en patiënten (Harvey & Adolphs, 2012).

### 3.2.4 Kritische discoursanalyse

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van enkele elementen van kritische discoursanalyse (KDA) waarbij er aandacht was voor de gevolgen van betekenisconstructies en de sociale context waarin discursieve processen zich voltrekken (Van den Berg, 2004). Met KDA wordt niet enkel gekeken naar sociale praktijken in termen van patronen van sociale relaties, maar wordt ook gekeken naar de implicaties hiervan op bijvoorbeeld macht, status en solidariteit en hoe dit via taal de werkelijkheid vormgeeft (Gee, 2011a). Bij KDA wordt extra aandacht besteed aan wat als vanzelfsprekend wordt gezien, wat er niet gezegd wordt en hoe bepaalde discoursen leidend zijn (Hjelm, 2011). Dit kritische aspect van KDA kan op elke discoursanalysemethode worden toegepast (Van Dijk, 2015). In dit onderzoek werd met KDA gekeken hoe de betekenis die wordt gegeven aan burn-out bij artsen samenhangt met de sociale context waarin artsen werkzaam zijn, waarbij bijbehorende dominante normen, waarden en opvatting aan bod komen.

### 3.2.5 Analysemethode Gee

In dit onderzoek is de analysemethode van Gee gebruikt. Deze gaat ervan uit dat naast het bestuderen van grammatica, het onderzoeken van sociale, culturele en politieke betekenis belangrijk is (Gee, 2011b). Alhoewel de analysemethode van Gee niet specifiek ontworpen is als een KDA, sluiten veel aspecten van zijn analysemethode wel aan bij KDA. Zo is er in de analysemethode van Gee veel aandacht voor de sociale context van taal, zowel voor hoe taal deze context weergeeft, maar ook voor hoe taal deze context creëert. Er is ook expliciet aandacht voor wat als vanzelfsprekend wordt gezien, de effecten van betekenisconstructie, welke en hoe identiteiten en relaties ontstaan en welke rol politiek en macht spelen. Hierdoor sluit deze analysemethode goed aan bij de doelstelling van dit onderzoek. Daarnaast biedt deze analysemethode duidelijke handvatten.

Gee (2011a) analyseert discours aan de hand van zeven bouwstenen die de realiteit vormen met bijbehorende vragen (p.17-20):

1. **Significantie:** Hoe wordt taal gebruikt om iets al dan niet belangrijk te maken?
2. **Praktijken (activiteiten):** Welke praktijken of activiteiten worden door het taalgebruik kenbaar gemaakt?
3. **Identiteiten:** Welke identiteiten of rollen komen naar voren in het taalgebruik? Welke identiteiten worden hierbij aan anderen toegeschreven en hoe bepaalt de verteller of schrijver hiermee zijn of haar eigen identiteit?

4. **Relaties:** Wat voor soort relaties met anderen probeert de spreker of schrijver in het taalgebruik op te voeren?
5. **Politiek:** Welk perspectief op sociale juistheden worden gecommuniceerd in het taalgebruik? D.w.z. wat wordt gecommuniceerd als normaal, juist, waardevol, gepast, et cetera?
6. **Connecties:** Hoe worden dingen door het taalgebruik al dan niet met elkaar verbonden? Hoe worden dingen (ir)relevant gemaakt ten opzichte van elkaar?
7. **Communicatiesystemen en kennis:** Hoe worden bepaalde communicatiesystemen of verschillende manieren van weten of overtuigingen bevoorrecht of achtergesteld door het taalgebruik?

### 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid & Dataverzameling

Voor het empirische deel van dit onderzoek zijn tien interviews geanalyseerd met Nederlandse artsen werkzaam in de palliatieve zorg. Het gaat om drie huisartsen, drie specialisten ouderengeneeskunde werkzaam in een verpleeghuis en vier medisch specialisten werkzaam in het ziekenhuis. Vijf van deze artsen hebben een opleiding met betrekking tot palliatieve zorg gevolgd, zoals de Kaderopleiding Palliatieve Zorg. Het andere deel van de artsen heeft dit niet, maar is wel een groot deel van zijn of haar werkzaamheden bezig met palliatieve zorg. De socio-demografische gegevens van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1.

<b>Tabel 1: Socio-demografische gegevens</b>	<b>Aantal</b>	
<i>Geslacht</i>	Man	3
	Vrouw	7
<i>Leeftijd</i>	35 – 55	7
	> 55	3
<i>Werkervaring in jaren</i>	<10	2
	10– 20	4
	>20	4

De interviews zijn in 2019 afgenomen in het kader van een groter onderzoek op initiatief van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) naar de emotionele impact van het verlenen van palliatieve zorg. De geïnterviewde artsen zijn geworven via het netwerk van IKNL.

waarbij gelet is op de geografische verspreiding en de specialistische achtergrond en werksetting van de artsen.

De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker van het IKNL. Er is aan de hand van een topiclijst gesproken met de geïnterviewde artsen over de emotionele impact van het verlenen van palliatieve zorg op de respondenten zelf en hun collega's; de drie aspecten van burn-out; het huidige beleid rondom burn-out binnen de zorgorganisaties waar de artsen werkzaam zijn; en als laatste over wat er zou moeten verandering met betrekking tot deze onderwerpen. De interviews werden veelal afgenomen op de werkplek van de respondenten en duurden ongeveer dertig minuten tot één uur per interview. Voor de start van dit onderzoek waren de interviews reeds getranscribeerd door een derde. Ze werden opgeslagen volgens een datamanagementplan.

### 3.4 Data-analyse

De empirische data is volgens de volgende stappen geanalyseerd:

1. Lezen en eerste aantekeningen maken
2. Per interview coderen en analyseren
3. Groeperen van coderingen van alle interviews samen naar thema's
4. Uitwerken gevonden thema's

Eerst zijn alle interviews gelezen en beoordeeld op geschiktheid voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hierna is elk interview gecodeerd en geanalyseerd (zie 3.4.3), waardoor per participant gekeken kon worden naar de discoursen over het werk van artsen werkzaam in palliatieve zorg in relatie tot burn-out bij artsen. Daarna zijn alle interviews als geheel bekeken voor stap drie en vier. De interviews verliepen in grote lijnen op dezelfde manier, waardoor het mogelijk was de interviews onderling te vergelijken. Na het uitwerken van de bevindingen zijn deze in de discussie vergeleken met het theoretisch kader. Hierbij is eerst een vergelijking gemaakt met de voorstudie waarna per onderwerp zorgethisch werd gereflecteerd, om vervolgens een conclusie te trekken over het geheel.

#### 3.4.1 Tools of inquiry

Gee (2011a; 2011b) reikt verschillende '*tools of inquiry*' aan die gebruikt kunnen worden voor het analyseren van de zeven bouwstenen die terugkomen in taal (zie 3.2.5). In dit onderzoek werd in het bijzonder aandacht besteed aan '*figured worlds*', bepaalde theorieën of

verhalen die mensen gebruiken om de wereld te begrijpen en ermee om te gaan. Ook werd er door middel van de focus op ‘*social languages*’, verschillende manieren waarop iets gezegd kan worden, en ‘Discours’ (met een kapitaal) gekeken naar hoe er vanuit een bepaalde rol of identiteit gepraat wordt. Volgens Gee (2011a) zijn er nog drie andere *tools* belangrijk: ‘*Conversations*’ (met een kapitaal), hoe taal refereert aan bepaalde thema’s, debatten of motieven waarover al veel gepraat of geschreven is; ‘*intertextuality*’, hoe taal (gesproken of geschreven, direct of indirect) refereert aan andere teksten; en ‘*situated meanings*’, de specifieke betekenis van woorden in hun context.

Naast deze zes hoofd-*tools* zijn nog enkele andere *tools* van Gee (2011a; 2011b) gebruikt, aangevuld met enkele eigen ‘*tools*’: wat wordt als vanzelfsprekend gezien (en wordt dus niet gezegd); wij tegenover zij; en wie doet mee en wie niet.

### 3.4.2 Sensitizing concepts

Er is tijdens het analyseren ook gebruik gemaakt van *sensitizing concepts*. Dit zijn losjes gedefinieerde begrippen die te maken hebben met het onderzoeksonderwerp en een eerste denkrichting kunnen geven tijdens het analyseproces in kwalitatief onderzoek. Door het gebruik van *sensitizing concepts* wordt men eraan herinnerd dat onderzoekers nooit volledig blanco aan een onderzoek beginnen (Patton, 2015). Vanuit de maatschappelijke en wetenschappelijke probleemstelling en het theoretisch kader zijn de volgende *sensitizing concepts* gekozen: burn-out, individualisme/spanning tussen het individu en het systeem, imago, (im)perfectie van het menselijk lichaam, emoties, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, zorg, relaties, macht, sociale steun en verantwoordelijkheid.

### 3.4.3 Coderen en analyseren per interview

De interviews zijn gecodeerd in het computerprogramma ATLAS.ti. Hierbij is gebruik gemaakt van de bouwstenen van Gee, de ‘*tools of inquiry*’, de *sensitizing concepts* en in vivo codering.

Wanneer een interview gecodeerd werd, is tegelijk dit interview individueel geanalyseerd in een tekstbestand aan de hand van de 7 bouwstenen van Gee. Bijvoorbeeld door een kort narratief te schrijven over de identiteit en rollen die de geïnterviewde arts zichzelf en anderen toekent. Ook zijn er aantekeningen gemaakt als er gesproken werd over bepaalde relevante

onderwerpen die niet direct bij een van de bouwstenen horen. Deze analyse per interview is gedurende stap 3 en 4 (zie 3.4) aan de kant gelegd en aan het eind gebruikt om te controleren of de uitkomsten van stap 4 overeenkomen met de uitkomsten van de individuele analyse in stap 2. Om dezelfde reden zijn na het uitwerken van de bevindingen ook de interviews nogmaals van begin tot eind herlezen.

### **3.5 Ethische overwegingen**

De onderzoeker was zich bewust van het feit dat de gebruikte interviews initieel voor een ander doeleinde zijn afgenomen. Er is daarom opnieuw *informed consent* afgenomen door middel van een e-mail naar de tien respondenten. De onderzoeker is zorgvuldig met de data omgegaan, in lijn met de regelgeving die vanuit IKNL is opgesteld voor deze data. De identiteit van de respondenten was niet bekend bij de onderzoeker en de data werden dan ook anoniem geanalyseerd en verwerkt. Hierdoor zijn in de beschrijving van de bevindingen voor alle artsen vrouwelijke voornaamwoorden gebruikt. Gedurende het gehele onderzoek is met grote zorgvuldigheid gewerkt en er is getracht plagiaat te voorkomen. Ook is geprobeerd op een eerlijke en respectvolle manier verschillende auteur aan te halen.

## 4. Bevindingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: Welke discourses in relatie tot burn-out bij artsen komen naar voren wanneer artsen werkzaam in de palliatieve zorg spreken over hun werk? Eerst wordt beschreven welke discourses naar voren komen wanneer artsen spreken over zichzelf als arts of artsen in het algemeen (§4.1). Daarna volgen de discourses die gaan over burn-out (§4.2), waarna wordt afgesloten met de discourses over zorgen voor artsen (§4.3).

### 4.1 Artsenidentiteit

In de tien interviews wordt een beeld geschetst van hoe artsen zijn en zich behoren te gedragen in hun rol als arts. De discourses hierover zijn op te delen in hoe de geïnterviewde artsen over zichzelf praten als arts en hoe zij praten over ‘de arts’ in het algemeen.

Laatstgenoemde bevat zowel uitspraken waaruit blijkt dat de geïnterviewde arts zich identificeert met ‘de arts’, als uitspraken waarin zij zich afzet tegen het heersende beeld van ‘de arts’. Verschillende onderwerpen die belangrijk zijn in relatie tot burn-out bij artsen worden hieronder beschreven.

#### 4.1.1 Veeleisend

Artsen worden in het algemeen neergezet als personen die hoge eisen stellen aan zichzelf (interview 1 en 9): “[...] hele gedreven, veeleisend... veeleisend ook naar zichzelf toe, op het meedogenloze af soms” (interview 1). Daarnaast beschrijft een van de geïnterviewde artsen zichzelf als perfectionistisch (interview 5) en blijkt ook indirect uit de manier waarop er gesproken wordt dat sommige artsen hoge eisen stellen aan zichzelf (interview 2 en 5), bijvoorbeeld doordat een arts zegt: “En daar ben ik ook wel de hele tijd naar mijzelf aan het kijken van goh hoe kan het dat ik dit niet... Ja als je geen onderdeel bent van de oplossing dan ben je onderdeel van het probleem [...]” (interview 2).

#### 4.1.2 Twijfel

Veel artsen bespreken (interview 2, 3, 5, 6 en 10) of signaleren bij collega-artsen (interview 1) een gevoel van onzekerheid of twijfel over de patiëntenzorg die de artsen leveren.

Verschillende artsen vragen zich regelmatig af ‘heb ik het goede gedaan?’ (interview 3, 9 en 10). Één arts zegt: “[...] soms heb ik gewoon even bevestiging nodig van je doet het goed of zo, dat vind ik ook af en toe wel lekker om te horen” (interview 5). Deze twijfel over of er

goed werk is geleverd, kan leiden tot klachten als emotionele uitputting, piekeren of slecht slapen (Interview 2, 3, 5 en 10): “En er hoeft ook maar dit te gebeuren waarbij je zelf het gevoel hebt van heb ik dit wel goed gedaan, daar breekt het hè. [...] ja dan wordt het een soort open wond bijna [...]” (interview 10). Ook een gevoel van tekortschieten tegenover patiënten wordt besproken (interview 1, 3, 5 en 9).

Er is echter binnen de werkcultuur van artsen niet altijd ruimte voor het bespreken van de twijfel over of er goed gehandeld is. Een van de artsen maakt de vergelijking met biechten. Zij geeft aan dit onder artsen niet gebruikelijk is: “[...] dat je dat heel erg graag anders had willen doen, dat vind ik soms wel eens een gemis in deze cultuur” (interview 10). Uit een ander interview (interview 2) wordt uit de manier van spreken duidelijk dat de twijfel die zij als arts heeft niet vanzelfsprekend is, doordat de twijfel genuanceerd wordt met woorden als “een klein beetje” en doordat het toegeven van twijfel aan anderen als uitzonderlijk wordt neergezet.

#### 4.1.3 Zelfopoffering

Naast perfectionistisch worden artsen ook neergezet als zelfopofferend:

[...] want dat is natuurlijk wat heel veel huisartsen en artsen heel sterk doen, hulpverleners... Ja ook een beetje hulpverlenend narcisme, dat je zo afhankelijk wordt van het voor de ander doen, terwijl ik denk je moet echt ook kijken naar wat ik zelf aankan en ook van daaruit kunnen zeggen nee dit kan ik niet aan. (interview 1)

Doordat in het spreken de patiënt centraal wordt geplaatst (interview 2 en 3), is er weinig ruimte voor de arts zelf. Het centraal stellen van de patiënt en diens behoeften blijkt ook uit hoe artsen spreken over de voldoening die ze krijgen van het leveren van goede zorg aan patiënten: “[...] daar doe ik het dan allemaal voor” (interview 5) en “En dat je dan, ja als ik een keer in het half jaar bij wijze van spreken een bedankje krijg, dan ben ik al heel oké” (interview 7).

#### 4.1.4 Niet zeuren & kwetsbaarheid

Er heerst binnen de werkcultuur van artsen niet altijd de openheid om te praten over de emotionele belasting van het werk (interview 1, 5 en 7):



Nou weet je, uhm, huisartsen zijn zeg maar in de gewone onderlinge contacten niet verschrikkelijk geneigd om daarover te praten, laat ik het maar voorzichtig zeggen. De norm is eigenlijk, vind ik hoor, om daar niet te veel over te zeggen, vooral ook niet over je eigen problemen daarmee of moeite, of emotionele kanten daarvan. Dat wissel je eigenlijk niet zo makkelijk uit. Dus waar het vaak over gaat is de tijdsdruk en de veelheid daarvan. (interview 1)

Er heerst een “[...] ach niet zeuren, gewoon doen [...]” (interview 3) mentaliteit: “[...] niet zeuren, kop ervoor en het hoort erbij” (interview 8). “[...] een beetje stoer zijn en cowboy-achtig [...]” (interview 3). Door het gebruik van termen als ‘krachtig’ en ‘sterk’ tegenover termen als ‘weerloos’ en ‘machteloos’ (interview 2), worden een beeld neergezet van zorgverleners die sterk horen te zijn.

Er wordt ook gesproken over het beeld dat artsen niet ziek horen te zijn: “Je bent nooit, je hebt nooit ergens last van” (interview 3). Doordat een van de artsen stelt: “Kijk de ziekte is iets wat mij niet kan overkomen en mijn familie niet, dat is werk” (interview 8), wordt niet alleen de indruk gewekt dat een arts niet ziek *hoort* te zijn, maar zelfs dat artsen dat niet *kunnen* zijn. Echter, andere artsen geven aan dat dit onzin is: “[...] nee natuurlijk zijn wij ziek en hebben we last van dingen” (interview 3) en “[...] er mag ook lijden zijn bij ons als hulpverleners. En dat is er ook heel vaak” (interview 2), waaruit blijkt dat ook artsen kwetsbaar kunnen zijn. Dit komt ook terug wanneer sommige artsen, tot op zekere hoogte, tijdens de interviews hun eigen kwetsbaarheid laten zien door bijvoorbeeld aan te geven dat ze het werk zelf moeilijk vinden (interview 2) of moeite hebben met de (emotionele) impact van het werk (interview 1, 3 en 10).

#### 4.1.5 Individuele verantwoordelijkheid

In verscheidene interviews worden problemen neergezet als de individuele verantwoordelijkheid van de arts. Opvallend is dat één arts (interview 1) observeert dat er weinig ruimte is om problemen onderling te bespreken binnen de artsencultuur, maar vervolgens in de eigen manier van spreken ook weinig ruimte hiervoor creëert en naar het individu wijst om zelf problemen op te lossen, bijvoorbeeld door te zeggen: “Hoe doe je je werk zo dat je daar voldoende vitaal bij blijft, voldoende bevrediging en zingeving uit haalt” en “[...] terwijl ik denk je moet echt ook kijken naar wat ik zelf aankan [...]”. Dezelfde

manier van spreken, waarbij een probleem bij de individuele arts wordt neergelegd, komt ook in andere interviews terug (interview 2, 6, 8 en 9). Soms wordt dit ook letterlijk verwoord: “Ik vind het ook eigenlijk mijn eigen verantwoordelijkheid” (interview 6).

#### 4.1.6 Geraakt zijn

Verschillende artsen praten erover dat ze “geraakt” worden tijdens hun werk met patiënten (interview 1, 2, 5, 6, 7, 9 en 10). Er wordt voornamelijk gesproken over het geraakt zijn door de situatie van patiënten (interview 1, 5, 6 en 9), bijvoorbeeld door de enorme invloed te zien die ziekte heeft op patiënten (interview 1 en 6) of wanneer ze heftige verhalen van patiënten horen (interview 5 en 9). Verschillende artsen spreken in het bijzonder over geraakt zijn door de jonge leeftijd van een erg zieke patiënten (interview 1, 5, 6 en 7), wanneer zij zich identificeren met een patiënt (interview 1 en 6) of door overlijden van een patiënt (interview 2 en 5).

Veel artsen wekken de indruk dat geraakt zijn een vanzelfsprekendheid is, bijvoorbeeld door het gebruik van woorden als “gewoon” (interview 1, 5 en 6) en “natuurlijk” (interview 5). Dit geldt niet voor alle artsen, één arts wordt “heel af en toe” geraakt (interview 2). Een andere arts denkt dat ze toch vaker geraakt wordt door patiënten dan waar ze zich bewust van is en zegt dan: “Ik weet ook niet of het per se iets ergs is” (interview 7).

Daarentegen geldt dit niet voor alle artsen. Één arts geeft aan dat de zorg voor palliatieve patiënten “persoonlijk verder niks” met haar doet: “Nee, ik vind het altijd op het moment dat de patiënt bij mij zit heel erg, dan leef ik ook echt wel met ze mee, maar dat is ook weer klaar als de patiënt weg is” (interview 4). Ook een andere arts zegt: “Ja en dan weer verder. Ja. Het klinkt misschien bot, maar zo werkt het” en dat patiënten uit haar “systeem [worden] gewist” (interview 8).

#### 4.1.7 Emoties & emotionele impact

Door de bovenstaande ‘niet zeuren mentaliteit’, is er niet altijd ruimte voor het bespreken van emoties en de emotionele impact van het werk van de artsen (interview 1, 3 en 5). Toch spreken veel artsen in de interviews over de emoties die ze ervaren wanneer zij heftige dingen meemaken tijdens hun werk (interview 1, 2, 3, 5, 6, 7 en 10). Echter, uit de manier waarop hierover gepraat wordt, blijkt dat het hebben van emoties en dit bespreken niet

vanzelfsprekend is voor artsen of dat het niet hoort: “[...] ik laat me niet helemaal meeslepen in mijn emotie of zo [...]” (interview 6), “[...] dat is bijna verdriet die je mag hebben” (interview 2), “[...] en dan is het ook weer klaar” (interview 2) en “[...] niet dat ik daar ga zitten huilen [...]” (interview 3). Door de nadruk die wordt gelegd op dat verdriet hebben “mag” (interview 2 en 7), blijkt dat dit niet vanzelfsprekend is. Daarnaast worden, bijvoorbeeld door het gebruik van termen als “af en toe” (interview 2), “even” (interview 1, 2 en 7) en “een beetje” (interview 7), de besproken emoties afgezwakt. Één arts spreekt vooral over het hebben van pijn, wat een afstandelijkere, meer medische en minder persoonlijke term is dan bijvoorbeeld het woord verdriet (interview 2).

Enkele artsen praten niet of nauwelijks over hun eigen emoties (interview 4, 8 en 9). Opvallend is dat sommige artsen, wanneer er gevraagd wordt naar kwesties die raken aan hun eigen emoties, reageren door te praten over patiëntenzorg (interview 4 en 8) of over mensen in het algemeen (interview 9). Wanneer er direct gevraagd wordt naar de emotionele impact op een van deze artsen zelf, wordt er gereageerd met: “Hoe bedoel je?” (interview 8) of dat deze niet aanwezig is (interview 4 en 8). Één arts (interview 9) spreekt wel over verdriet en emotionele impact, maar dit lijkt niet over haar eigen verdriet te gaan of de impact op haarzelf, maar over het verdriet en de impact die zij ziet bij patiënten en mensen in het algemeen. De manier waarop deze drie artsen praten suggereert dat er geen ruimte is voor emoties en emotionele impact van het werk.

Opvallend is dat er slechts in één interview wordt gesproken over een lichamelijke reactie, anders dan de bovenstaande emoties, die het verlenen van (palliatieve) zorg teweeg kan brengen: “[...] dat ik merk dat ik aan alle kanten *aroused* ben. Bijna letterlijk het zweet op je rug” (interview 3).

Artsen beschrijven dat ze zichzelf bewust beschermen tegen emoties door afstand te creëren (interview 3 en 6): “[...] dat is wel iets wat je als arts sowieso leert om even uit te zetten, een deel van je emoties, en die doe ik dan echt even uit” (interview 3). Een van de geïnterviewde artsen legt uit dat het onderdeel van de opleiding is om te leren omgaan met de emotionele impact van het vak, want “Als dokter heb je nou eenmaal een hoop mensen om je heen die doodgaan” (interview 8). Zij zegt over jonge dokters dat zij: “[...] echt meevoelen [met] de pijn die de patiënten hebben en dat ze het toch meer van binnen voelen en het harder [voelen] aankomen. Ik ben daarin afgestompt” (interview 8). Door het opdoen van ervaring worden

artsen minder snel geraakt (interview 6 en 7) en is het makkelijker om “met distantie naar dingen” te kijken en eigen grenzen te bewaken (interview 9).

#### 4.1.8 Afstand houden

Hoe verscheidene artsen praten over hun rol ten opzichte van patiënten, suggereert dat het belangrijk is voor deze artsen om afstand te houden van patiënten en de emoties die gepaard kunnen gaan met het verlenen van (palliatieve) zorg (interview 2, 3, 6, 8 en 9). Één arts geeft aan dat het belangrijk is dat je als arts “[...] altijd oog blijft houden voor de betekenis van dat verdriet, zonder het je eigen te maken [...]” en “[...] op tijd distantie [...] te nemen [...]” (interview 9). Dit suggereert dat er een balans moet worden gevonden tussen nabijheid en afstand tot patiënten.

Een arts stelt dat deze afstand nodig is om goede patiëntenzorg te kunnen leveren, want “Aan een dokter die meehuilt hebben ze niks” (interview 8). Echter, het houden van deze “professionele afstand” (interview 2, 6 en 8) is ook belangrijk voor de artsen zelf (interview 3, 8 en 9): “[...] die afstand heb ik ook nodig, dus de witte jas is belangrijk” (interview 8) en “Maar daarnaast moet je ook weer zo zijn dat je het vervolgens weer naast je neerlegt, want anders trekken we het niet” (interview 9).

Het afstand houden is dus een strategie om te kunnen omgaan met “lijden en narigheid” (interview 1), maar dit kan doorslaan in vermijding: “Ja, je kunt natuurlijk ook vanuit vermijding krijgen dat je geen empathie meer kan opbrengen. [...] Dat mensen in een soort van zakelijkheid verzeilen” (interview 1). Een van de artsen geeft aan dat de afstandelijkheid die hoort bij ‘de doktersrol’ zich ook in het privéleven van artsen voort kan zetten:

[...] maar die zei op een gegeven moment: ja, toen mijn vader overleed kwam ik erachter dat ik mijn emotie in een mijn andere pak had laten zitten [...] ook als je vader overlijdt dan ga je die doktersrol, dan ga je zorgen, dan ga je regelen, en dan heb je geen idee meer hoe je verdriet moet hebben. (interview 3)

#### 4.1.9 Mee naar huis nemen

Veel artsen praten over het wel of niet mee naar huis nemen van werkgebeurtenissen en de bijbehorende emoties. Opvallend is dat dit onderwerp in negen interviews aangehaald werd

door de artsen, terwijl hier niet, ook niet indirect, naar gevraagd werd. De scheiding tussen thuis en werk is dus een belangrijk onderwerp voor deze artsen. Verschillende artsen geven aan dat het mee naar huis nemen van werkgebeurtenissen normaal is (interview 1, 2, 3, 5, 7 en 9):

Ik denk dat je toch, hoe dan ook neem je dingen mee naar huis, en hoe dan ook zitten er dingen in je achterhoofd. Hoe je dat misschien ook op de praktijk kan laten, het is toch iets wat je meedraagt. (interview 3)

Drie artsen (interview 1, 3 en 9) geven tevens aan met gezinsleden hun werk en moeilijke momenten die zich daar voordoen te bespreken. Andere artsen geven aan dat ze (proberen) nooit of nauwelijks dingen van het werk mee naar huis (te) nemen (interview 4, 6, 8), behalve misschien bij een heel jonge patiënt die erg ziek is vertellen ze thuis hierover “heel kort” (interview 4), “[...] kleine dingetjes die me dan raken [...]” (interview 6). Door de manier waarop hierover gesproken wordt, wordt de indruk gewekt alsof het voor deze artsen niet acceptabel is om werkgebeurtenissen mee naar huis te nemen, want “thuis is thuis” (interview 4), “[...] dan ben ik ook echt geen arts op dat moment [...] het is ook gewoon mijn werk. Het is echt mijn werk” (interview 6). Ook artsen die aangeven wel werkgebeurtenissen mee naar huis te nemen, lijken, door de manier waarop ze zich uitdrukken, dit liever niet te willen of vinden dat dit niet hoort (interview 3, 5 en 7): “[...] dan probeer ik wel altijd even een moment te hebben dat ik niet met werk bezig ben zeg maar [...]” (interview 3) en “[...] een avondje een beetje verdrietig van geweest [...]” (interview 7).

#### 4.1.10 Tijds- & werkdruk

In bijna alle interviews (interview 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 en 9) wordt er gesproken over het ontbreken van tijd en de hoge werkdruk waar artsen onder gebukt gaan. Naast dat er wordt gesproken over tijdsdruk waardoor goede patiëntenzorg in het geding komt (interview 1, 2, 3, 4, 5 en 8), spreken artsen ook over de impact van (tijds)druk op artsen zelf (interview 1, 2, 3, 5, 6, 7 en 9): “[...] daarmee raken mensen wel echt in de problemen” (interview 1). Uit het spreken van deze artsen blijkt dat er onvoldoende tijd is om te zorgen voor zichzelf of voor collega’s wanneer dit nodig is: “Ja ik vergeet het ook wel eens omdat het dan in de drukte van alledag, dat ik dan een maand later denk van o verrek, ik had even aan haar moeten vragen hoe het gaat” (interview 7). Ook indirect blijkt dat tijd een belangrijke rol speelt, bijvoorbeeld

wanneer er wordt gesproken over een activiteit die kan bijdragen aan zorg voor de zorgenden: “Ik vond dat een prachtig... dat kost denk ik 2 minuten [...]” (interview 1).

Één arts beschrijft hoe het identiteitsgevoel van een dokter wordt gevormd door deze tijdsdruk: “[...] een hele drukke dokter die altijd maar bezig is” (interview 1).

#### 4.1.11 Hiërarchie

In twee interviews komt een duidelijk beeld naar voren van een dokter die bovenaan in de zorghiërarchie staat (interview 2 en 9). Dit beeld ontstaat doordat er over andere zorgmedewerkers, zoals verpleegkundigen, voedingsassistenten en vrijwilligers, wordt gesproken als opkijkend tegen de dokter, sturing en bevestiging behoevend van de dokter en alsof ze onzeker zijn in het bijzijn van de dokter. Dit is in beide interviews niet een rol die de artsen graag wilden hebben, maar wel een die zij als vanzelfsprekend zien.

Ook in andere interviews komt een hiërarchie naar voren waarbij de arts, en dan vooral de specialist, bovenaan staan. Dit beeld ontstaat bijvoorbeeld doordat er wordt gesproken over hoe de geïnterviewde artsen zorgen voor verpleging en arts-assistenten, maar niet over hoe er andersom gezorgd wordt (interview 2, 7, 8, 9 en 10).

In twee interviews komt deze hiërarchie niet duidelijk naar voren (interview 3 en 5) en worden bijvoorbeeld met de term collega’s of team zowel verpleging als andere artsen bedoeld, in plaats van dat deze termen alleen gebruikt worden om andere artsen aan te duiden.

## 4.2 Burn-out

Het hierboven geschetste beeld van hoe er door artsen wordt gesproken over hun eigen arts-zijn en artsen in het algemeen, draagt indirect bij aan hoe er gekeken wordt naar burn-out bij artsen, maar er wordt in de interviews ook directer gesproken over burn-out. De mate waarin en ook de manier waarop er hierover wordt gesproken verschilt per interview. De manier waarop er gesproken wordt kan ook binnen een interview verschillen, bijvoorbeeld doordat de manier van spreken niet aansluit bij wat er feitelijk wordt gezegd.

Aan het begin van alle interviews vraagt de interviewer naar de (emotionele) belasting van het werk in de palliatieve zorg of naar klachten als piekeren en slecht slapen, waarna sommige

artsen uit zichzelf het woord burn-out laten vallen, zonder dat de interviewer dit begrip aanreikt (interview 1, 2, 3, 4 en 9). Tijdens de interviews worden er verschillende woorden gebruikt die een soortgelijke betekenis hebben als burn-out: overbelast (interview 1 en 2), overspannen (interview 4, 9), overwerkt raken (interview 2), omvallen (interview 5, 9 en 10), omvallen van uitputting (interview 2), afbranden (interview 2), opbranden (interview 9), onderuitgaan (interview 6), eraan onderdoor gaan (interview 3) en ten onder gaan (interview 9). Soms maken de geïnterviewde artsen onderscheidt tussen deze begrippen en burn-out, maar ze worden ook als inwisselbaar gebruikt.

#### 4.2.1 Op afstand houden & ik ook

Er wordt soms op een afstandelijke of zelfs afkeurende manier gesproken over burn-out (interview 1, 2, 4, 6 en 9): “[...] van die brandbrieven over burn-out en dan begint iedereen weer [...]” (interview 1) en “onderuit gaan” (interview 6). Ook mensen die kampen met burn-outklachten worden op afstand geplaatst door de manier van spreken (interview 1 en 2), bijvoorbeeld door te spreken over “die vrouw” (interview 1) en “[...] maar ja die vallen omstebeurt om van uitputting” (interview 2). Deze afstand wordt versterkt doordat sommige artsen heel stellig ontkennen wanneer er wordt gevraagd of ze burn-outklachten herkennen bij zichzelf (interview 4 en 6): “Nee. Nee” (interview 4). Hierdoor wordt het beeld geschetst dat burn-out iets is wat hen niet kan overkomen. Ditzelfde ontstaat doordat de artsen, wanneer zij praten over burn-out, woorden als “mensen” (interview 1, 4 en 9) of “je” (interview 7 en 9) gebruiken en dit dus niet op zichzelf betrekken.

Andere artsen laten in hun spreken wel merken dat ze het mogelijk achten om zelf burn-outklachten te ontwikkelen (interview 5, 8 en 10): “Ik zit nog aan de goede kant van de lijn zeg maar, maar ik kan me heel goed voorstellen [...]” (interview 5). Dit voorbeeld geeft aan dat er begrip is voor collega’s die kampen met burn-outklachten. Echter, soms wordt de mogelijkheid tot het krijgen van burn-outklachten bij de arts zelf ook weer afgezwakt door het taalgebruik: “Ik heb een paar jaar geleden, voor mijn gevoel, een beetje tegen een burn-out aangezetten” (interview 8).

#### 4.2.2 Waar? Niet hier.

Er wordt door de geïnterviewde artsen aangegeven dat het fenomeen burn-out iets is wat ze niet of nauwelijks in hun omgeving zien (interview 4, 5, 6, 7 en 9). Soms wekt de manier van

spreken de indruk alsof het toegeven van burn-outklachten bij jezelf of collega's niet gebruikelijk is (interview 4 en 5): "Nou toevallig is net een van de collega's langdurig ziek, en dat lijkt toch wel op een burn-out te berusten. [...]" (interview 4). Dit blijkt ook bijvoorbeeld wanneer een uitspraak over het hebben van burn-outklachten wordt afgezwakt: "[...] van sommige mensen die hebben daar misschien wel last van gehad. Of last van, die zijn daar gevoeliger voor. Dus het is wel iets wat ik toen wel misschien bij sommige mensen heb gezien" (interview 5). Een arts die zelf aangeeft mogelijk burn-outklachten te hebben gehad, lijkt hierover ook niet graag te willen praten: "[...] je kent het wel, het hele verhaal" (interview 8).

#### 4.2.3 Doorwerken

Ondanks dat in twee interviews (interview 2 en 7) het beeld naar voren komt dat het werk van artsen natuurlijk heftig is en dat hierbij stilstaan belangrijk is, wordt in het spreken van deze artsen de nadruk gelegd op het blijven doorwerken of het snel weer aan het werk gaan: "[...] weet je dan gaan we nu weer aan het werk" (interview 7), en,

Als er iets gebeurt wat je heftig vindt moet je daar wel... daar hoeft je dus niet de hele middag over te gaan zitten huilen, ja als je dat wel wil is dat ook goed, maar je moet wel heel even, het heel even toelaten om daarna ook weer door te kunnen, denk ik.  
(interview 7)

Ook een andere arts (interview 8), die, in tegenstelling tot de artsen uit de interviews 2 en 7, het stilstaan bij de emotionele impact van het werk van artsen niet nodig of vanzelfsprekend acht, legt de nadruk op het snel weer aan de slag gaan bij emotionele geraaktheid. Ook snapt zij niet waarom een arts zou stoppen met werken omdat het te zwaar is:

Een jaar of twee terug was er een longarts ergens in Y. die stopte, omdat het te zwaar was. Bij mij volledig onbegrip. Het is de mooiste baan die je hebt, hoezo heb je dit gekozen dan? Je weet dat je hiervoor kiest, dat hoort erbij, dat is juist wat je werk zo mooi maakt. Dus die mensen die erop afknappen die moeten ook een andere richting kiezen. (interview 8)

Een vierde arts geeft aan dat ze zelf lang door zou werken, "[...] ook al gaat het misschien niet helemaal lekker [...]" (interview 5). Hard werken is belangrijk: "Hoeveel artsen hebben



geen koffiepauze, hoeveel artsen hebben geen lunchpauze?” (interview 1). Ook wanneer een collega “[...] alsmat tegen een burn-out aan” zit, wordt er wel van haar verwacht dat ze de opleiding voltijd blijft volgen, want de opleiders vinden dat “[...] over je grenzen heen gaan hoort bij dit vak [...]” (interview 1). De geïnterviewde arts is het hier niet mee eens: “Toen heb ik gezegd ik vind het eigenlijk waanzin [...]”, maar “[...] het is moeilijk te doorbreken” (interview 1).

#### 4.2.4 Aangeven dat het niet goed gaat

“Ja, ik denk dat er genoeg mensen zijn binnen de ziekenhuiscultuur die niet de ruimte voelen om op de rem te trappen of aan de bel te trekken als het niet goed gaat, nee” (interview 5). Er wordt gesproken over een werkcultuur waarbij artsen denken: heftige dingen “[...] dat hoort erbij, want zo doen we dat nou eenmaal en die lopen dan door” (interview 7). Als er iets heftigs gebeurt wordt er soms wel over gepraat, maar wat voor impact het heeft op de betrokkenen, dat wordt niet besproken (interview 10). De vraag “Gaaf het goed met je?” wordt niet gesteld (interview 10).

Ook indirect blijkt dat men onderling niet open is over hoe het gaat, bijvoorbeeld doordat een arts uitlegt dat het bespreken van werkplezier in een vakgroep via een anonieme enquête gaat, zodat iedereen “knettereerlijk” kan zijn (interview 7). Bespreken hoe het met iemand gaat is blijkbaar niet vanzelfsprekend: het moet geagendeerd worden en zelfs dan kan er nog niet openlijk over gepraat worden.

#### 4.2.5 Individueel probleem

Bij het beschrijven van de identiteiten van artsen kwam al naar voren dat problemen gezien kunnen worden als de eigen verantwoordelijkheid van de arts. Ditzelfde komt terug wanneer er gesproken wordt over het voorkomen of hebben van een burn-out (interview 1, 6, 8 en 9): “Het ligt niet aan het werk, maar dan ligt het aan jou, tenminste aan de combinatie” (interview 8). De afhoudende manier waarop er door een van de artsen gesproken wordt over aandacht binnen de zorgorganisatie voor burn-out laat zien dat er weinig behoefte is om van burn-out een probleem te maken dat zorgbreed wordt opgepakt: er “[...] was daar wel een ding over [...]” en na lang doorvragen hierover: “Het zou misschien best goed zijn om er wat meer specifiek aandacht voor te hebben, maar ik weet niet of dokters ervoor uitkomen. Laat ik het zo zeggen” (interview 4).

Één arts vraagt zich af of het probleem van burn-outklachten bij de artsen zelf moet worden neergelegd of “Moet een heel ziekenhuis zich daar verantwoordelijk voor voelen [...]”, omdat in haar optiek burn-out zowel ontstaat door de werkdruk als door de impact die het verlenen van (palliatieve) zorg heeft (interview 5).

Opvallend is dat meerdere artsen tijds- en werkdruk aanhalen als oorzaak van burn-outklachten (interview 1, 3, 4, 6, 8 en 9) en dat door sommigen benadrukt wordt dat hier iets in moet veranderen (interview 3 en 5), bijvoorbeeld door meer ruimte te creëren voor zorg voor zorgverleners (interview 2, 9 en 10). Hierdoor lijkt burn-out, wanneer dit ontstaat door tijds- en werkdruk, toch niet gezien te worden als een individueel probleem. Echter, dit geldt niet voor alle artsen: “En je moet gewoon in de tijdsdruk dat voldoende hebben georganiseerd” (interview 1).

#### 4.2.6 Externe oorzaak

Verscheidene artsen geven aan dat tijds- en werkdruk de oorzaak is van burn-outklachten bij artsen en niet zo zeer de emotionele belasting ten gevolge van het leveren van patiëntenzorg (interview 3, 4, 6, 8 en 9): “Burn-out is natuurlijk vooral een belasting dat je het heel druk hebt [...]” (interview 8). Het verminderen van tijds- en werkdruk zou daarom volgens twee geïnterviewde artsen kunnen helpen om te voorkomen dat artsen burn-outklachten ontwikkelen (interview 5 en 6) en om meer aandacht voor burn-outklachten te krijgen: “Ja er moet niet apart weer aandacht voor moeten zijn, want dan komt het weer eerst in het verdomhoekje terecht, zo van o ja daar moeten we ook nog tijd voor hebben [...]” (interview 7).

De manier waarop er over tijds- en werkdruk en burn-out wordt gesproken suggereert dat het meer geaccepteerd is om een burn-out te krijgen vanuit deze extern gecreëerde druk, dan wanneer het ontstaan van burn-out wordt veroorzaakt door persoonlijke factoren zoals emotionele belasting (interview 3, 4, 6, 8 en 9): “Dan zit je op de verkeerde plek” en “[...] het niet trok, emotioneel” (interview 8) en “Niet door de palliatieve zorg *an sich*, wel door de ongelooflijke complexiteit waar je als huisarts in terecht komt. Als ik kijk naar wat wij allemaal op ons bord krijgen” (interview 3). Dit sluit ook aan bij de eerder aangehaalde observatie over artsen: “[...] vooral ook niet over je eigen problemen daarmee of moeite, of

emotionele kanten daarvan. Dat wissel je eigenlijk niet zo makkelijk uit. Dus waar het vaak over gaat is de tijdsdruk en de veelheid daarvan” (interview 1).

Sommige artsen geven aan dat burn-outklachten ook door de belasting van het werk ontstaan en de manier waarop een arts hier mee omgaat (interview 8, 9 en 10): “Als jij een type bent die voor alles en iedereen wil zorgen en het allemaal in je nek neemt, dan ben je een hele lieve zuster of een hele lieve dokter, maar je gaat er stuk aan” (interview 9). De manier waarop deze artsen dit aangeven legt ook hierbij de verantwoordelijkheid bij de arts zelf: “[...] dat heeft ook te maken met hoe ik werk” (interview 10).

#### 4.2.7 Palliatieve zorg & burn-out

Veel artsen spreken over de (emotionele) impact die van het verlenen van palliatieve zorg op hen heeft (interview 1, 3, 5, 6, 7 en 10), maar alle artsen geven aan, wanneer dit ter sprake komt, dat dit aspect van hun werk niet of nauwelijks invloed heeft op het ontstaan van burn-outklachten (interview 1, 2, 3, 6, 7 en 9):

Nee ik denk als je het erover hebt dat mensen echt overbelast raken of burn-out, dat soort verschijnselen, dan is het volgens mij vaak dan een palliatieve situatie die de druppel kan zijn die de emmer doet overlopen, maar dat lijkt me niet het primaire... Ik denk dat het een veel breder vraagstuk is. (interview 1)

#### 4.2.8 Wetenschappelijke benadering

Wanneer het gaat over burn-out en zorg voor zorgverleners en het creëren van bewustwording hierover dan geven sommige artsen aan dat het belangrijk is om hier meer onderzoek naar te doen (interview 1, 3, 8 en 9). Burn-out en aangrenzende begrippen moeten objectief worden gekwantificeerd:

Ik denk, wat mij hele belangrijke data lijken dat is zeg maar de mate van wat dat dan feitelijk voor die emotionele impact dan eigenlijk is... of bijvoorbeeld stress... [...] Laat ze maar eens niet alleen maar testjes invullen, maar gewoon eens meten, het stressniveau, Cortisol meting of dat soort dingen. (interview 1)

Door zo te spreken wordt de aandacht van het persoonlijke en emotionele verlegd naar het afstandelijke en wetenschappelijke, “Want alles wat wij doen, dat is wel belangrijk dat daar enige evidentie onder zit” (interview 1).

### 4.3 Zorgen voor artsen

Wanneer artsen spreken over zorgen voor artsen komt vooral het belang van zelfzorg terug, waaronder het aangeven van grenzen en het bespreken van moeilijke momenten. Daarnaast wordt er gesproken over het zorgen voor zorgverleners in het algemeen of het zorgen voor collega's. Over één onderwerp blijft het stil: het ontvangen van zorg van anderen.

#### 4.3.1 Zelfzorg

Wanneer het gaat over het omgaan met de impact van het werk of het voorkomen van stress of burn-outklachten wordt er door veel van de geïnterviewde artsen gerefereerd aan activiteiten die onder zelfzorg geschaard kunnen worden. Veel artsen beschrijven expliciet dat zij voor zichzelf zorgen en dit belangrijk vinden (interview 1, 3, 6, 7, 9 en 10). Zelfzorg zou volgens sommigen dan ook meer aandacht moeten krijgen (interview 1, 3, 7 en 10): “[...] zorgen voor onszelf en de bewustwording daarvan moet ook gewoon hip en sexy worden. En [...] niet pas [...] als je al in een burn-out zit [...]” (interview 7).

Drie artsen geven impliciet of expliciet aan dat zelfzorg belangrijker is dan het krijgen van zorg van anderen (interview 1, 6 en 10): “Ja, ik zorg daar zelf voor [...]” (interview 6) en “Ja dat kan niemand anders ook voor jezelf doen” (interview 10). Verschillende manieren van zorgen voor jezelf komen naar voren in de interviews: herstelmomenten inbouwen (interview 1, 3, 5, 7 en 10), mindfulness (interview 1 en 4), meditatie (interview 10), zorgen voor voldoende vrije tijd (interview 3 en 6), het hebben van een netwerk van vrienden en familie (interview 9) en leuke dingen doen met collega's (interview 7 en 8). De twee meest terugkerende onderwerpen van zelfzorg zijn het aangeven van grenzen en het delen van moeilijke momenten of emoties met anderen.

#### 4.3.2 Grenzen aangeven

Uit de interviews blijkt dat voor veel artsen het aangeven van eigen grenzen een manier is om voor zichzelf te zorgen en om zichzelf te beschermen (interview 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 en 10): “[...] ik denk dat het belangrijk is dat je ook voor jezelf zorgt en daarin grenzen stelt”

(interview 1) en “[...] dat je heel erg moet opletten dat je niet jezelf voorbij loopt [...]” (interview 5). Zoals hierboven al naar voren kwam wordt dit echter niet altijd geaccepteerd in de werkcultuur van artsen (zie ‘doorwerken’ en ‘aangeven dat het niet goed gaat’) en zijn ook niet alle artsen hier goed in (zie ‘zelfopoffering’ en ‘aangeven dat het niet goed gaat’).

### 4.3.3 Samen delen

Alle geïnterviewde artsen benoemen het bespreken van moeilijke, heftige of emotionele werkgerelateerde gebeurtenissen met collega’s of naasten, zonder dat hiernaar gevraagd werd door de interviewer. Hoe hierover gesproken wordt verschilt per arts. Bijna alle artsen geven aan dat dit een belangrijke manier is om voor zichzelf te zorgen en zich te beschermen tegen de emotionele impact van het werk (interview 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 en 10): “samen delen” (interview 1), “[...] gewoon even je hart te luchten, als daar ruimte voor is [...]” (interview 5), “ellende wegklagen” (interview 8), “ventileren” en “Herkend worden, gehoord worden” (interview 6). Dit is belangrijk “[...] om tussen de bedrijven door wat meer ontspanning te krijgen” (interview 5) en omdat “[...] delen [...] natuurlijk een enorme beschermende factor [...]” is, (interview 1). “Dan draag je dat makkelijker” (interview 1), want “[...] door het er samen over te hebben en het soms weer even in perspectief te zien of dat je merkt dat anderen daar net zoveel moeite mee hebben of het net zo raar vinden” (interview 6). Opvallend is dat ondanks dat deze artsen benadrukken dat samen delen belangrijk is, de meerderheid het ook weer afzwakken door woorden als “even” (interview 1, 3, 4, 5 en 6), “niet heel lang” (interview 3), “heel kort” (interview 4) en “even tussendoor” (interview 5). Ook de vanzelfsprekendheid hiervan wisselt. Sommige artsen benadrukken dat dit “gewoon” (interview 3, 5, 7 en 9) is, terwijl één arts door te benadrukken “Dat is ook helemaal geen probleem” (interview 7) juist die vanzelfsprekendheid weer wegneemt.

Een van de artsen (interview 2) spreekt veel over het bespreken van moeilijke gebeurtenissen of problemen waar zorgverleners tegenaan lopen, dit lijkt echter te gaan over andere zorgverleners en slechts eenmaal over de arts zelf, waardoor de indruk wordt gewekt dat zij dit zelf niet nodig heeft. Opvallend is echter wel dat gedurende het interview deze arts erg veel kwijt wil over haar frustraties over het werk. Ook een andere arts betreft het bespreken van moeilijke momenten niet erg op zichzelf als specialist, maar geeft wel aan dat dit belangrijk is voor jonge dokters, ook voor haarzelf toen ze in opleiding was: “Persoonlijk heb ik daar ontzettend veel aan gehad” (interview 8). Ook in interview 4 en 5 blijkt uit de manier

van spreken dat het samen delen niet een vanzelfsprekendheid is voor artsen, terwijl zij dit zelf wel belangrijk vinden.

De helft van de artsen geeft aan dat ze hun ervaringen zowel met collega's als met naasten delen (interview 1, 3, 4, 7 en 9). Andere artsen hebben het enkel over het delen met collega's (interview 2, 5, 6 en 8), terwijl één arts benadrukt dat de impact die palliatieve zorg heeft te persoonlijk is om te bespreken met collega's: "En eigenlijk kun je dit soort dingen niet gewoon delen met collega's omdat het zo persoonlijk wordt, dat ik dat niet met iedereen wil bespreken" (interview 10). Één arts beschrijft hoe het nabespreken van moeilijke of heftige ervaringen met nabestaanden van patiënten ook haarzelf kan helpen om hiermee om te gaan, alhoewel zij dit door de manier van spreken ook weer afzwakt: "[...] het contact met de nabestaanden [is] soms ook wel niet alleen voor de nabestaanden maar ook voor de dokter goed [...]" (interview 3).

Volgens een deel van de artsen zouden deze momenten van samen delen niet alleen informeel, "even binnen lopen" (interview 1), plaats moeten vinden, maar ook formeel georganiseerd moeten worden (interview 1, 2, 3, 4, 6, 9 en 10) en niet pas "[...] wanneer het eigenlijk te laat is [...]" (interview 4). Andere artsen (interview 5, 7 en 8) geven aan dat er juist geen behoefte is aan het organiseren van "zo'n intervisiegroep" (interview 5) of "zo'n kringgesprek" (interview 8), want "Als je dingen verplicht gaat stellen in bepaalde normeringen dan roep je ook wel heel veel weerstand op" (interview 5) en "Dokters hebben een hekel aan verplicht met elkaar in een groepje gaan zitten en erover te praten" (interview 8). Zij stellen voor om het samen delen informeel te houden, want "[...] met een biertje erbij gaat het beter" (interview 8) en dan kan "[...] je gewoon zelf kan kiezen [met] wie dat is" (interview 8).

#### 4.3.4 Open sfeer

Sommige artsen laten blijken dat een open en veilige sfeer nodig is om met collega's dingen te kunnen delen en te zorgen voor jezelf en anderen (interview 1, 5 en 8): een "wij-gevoel" zodat kwetsbaarheden uitgewisseld kunnen worden (interview 1). Een arts legt uit dat "[...] je het echt in de cultuur moet zoeken, in een veilige sfeer waarin iedereen elkaar vertrouwt, maar ook kent en open staat om het hart te luchten bij elkaar" (interview 8). Het belang van een open sfeer komt ook terug doordat artsen aangeven dat de deur van collega's of henzelf open staan "[...] om direct even bij iemand binnen te lopen" (interview 7) om dingen te

bespreken (interview 1, 5, 6 en 7). Twee artsen (interview 2 en 9) benadrukken enkel voor andere zorgverleners het belang van een veilige sfeer om te “[...] willen vertellen wat hun dwars zit” (interview 2), maar doen dit niet voor artsen.

#### 4.3.5 Zorg voor zorgenden

Naast dat er gesproken wordt over zelfzorg spreken de artsen ook veel over zorgen voor zorgverleners in het algemeen (interview 2, 3, 5, 8, 9 en 10), terwijl er slechts in drie interviews wordt gesproken over het zorgen voor specifiek artsen (interview 1, 3 en 5): “[...] wat hebben dokters nou nodig” (interview 1).

Er is volgens sommige artsen nu weinig aandacht voor de zorg voor de zorgverleners (interview 5, 8 en 9). Veel artsen geven aan dat het belangrijk is om hier aandacht aan te besteden (interview 2, 3, 8, 9 en 10): “Het is altijd, voor mij het sluitstuk van het verhaal. En het zou iets minder sluitstuk...” (interview 9), en je moet niet “[...] zeggen o dat doen we misschien nog wel eens een keer als het heel veel pijn gaat doen” (interview 2).

#### 4.3.6 Zorgen voor collega's

Uit het spreken van vijf artsen wordt duidelijk dat zij zelf als individu zorgen voor collega's (interview 2, 6, 7, 9 en 10) en enkele van hen laten uit de manier van spreken blijken dat zij dit belangrijk vinden om te doen (interview 2, 7 en 9). Dit gaat veelal over zorgen voor verpleegkundigen (interview 2, 7 en 9) of jonge dokters zoals arts-assistenten (interview 7, 8 en 10). Er wordt slecht eenmaal, indirect, aangegeven dat de arts ook expliciet aandacht heeft voor het zorgen voor specialisten:

[...] zo nodig gaan wij ook zelf samen terug naar de arts-assistent of terug naar de verpleegkundige of terug naar de specialist, naar de collega om te bespreken wat wij gezien hebben [...] Juist om mensen er ook even in te erkennen van goh dat is best ingewikkeld. Of jeetje die patiënt is best ziek. (interview 7)

#### 4.3.7 Zorg ontvangen

Artsen worden in het algemeen neergezet als onontvankelijk voor zorg van anderen (interview 1, 3 en 4), want “Ik denk dat dokters daar in het algemeen veel te eigenwijs voor zijn om aan toe te geven dat ze ergens tegenaan lopen [...]” (interview 4). Één arts geeft ook aan dat zij

liever voor zichzelf zorgt (interview 6): “Ik zoek het heel erg in mijn persoonlijke sfeer, goed voor mijzelf zorgen. Ik vind het ook eigenlijk mijn eigen verantwoordelijkheid”. Andere artsen laten dit meer indirect blijken, bijvoorbeeld door de nadruk te leggen op zelfzorg (interview 1, 3 en 6) of op zorgen voor anderen (interview 2 en 7), door aan te geven geen behoefte te hebben aan intervisie (interview 5, 7 en 8) of door in het spreken te laten merken weinig interesse te hebben in burn-outpreventie binnen de zorgorganisatie (interview 4).

Ook valt op dat in geen enkel interview de artsen praten over het zelf verzorgd (willen) worden door anderen. Er wordt enkel gesproken over zelfzorg en het zorgen voor collega's of dokters in het algemeen en nauwelijks over hoe de sprekende arts zelf zorg ontvangt of nodig heeft. Wanneer het, indirect, wel gaat over zorg krijgen van collega's, dan wordt duidelijk gemaakt dat de arts dit zelf heeft geregeld. Bijvoorbeeld wanneer een arts vóór een emotioneel consult al bij een collega aangeeft dat dit eraan zit te komen: “[...] voor mijzelf had ik wel, dat weet ik nog heel bewust, ik had het van tevoren al tegen de secretaresse gezegd” (interview 7). Op deze manier wordt het krijgen van zorg van anderen toch neergezet als zelfzorg. Dit komt ook terug in andere uitspraken waarin een arts hulp nodig lijkt te hebben van anderen, bijvoorbeeld doordat artsen zelf bij een collega naar binnen lopen als ze iets willen delen (interview 1, 5 en 7) en de arts zelf “[...] aan de bel trekt als het echt niet goed gaat” (interview 5). In geen enkel interview komt dus terug dat iemand aan de geïnterviewde artsen vraagt: ‘Hoe gaat het met jou?’, laat staan dat de geïnterviewde artsen aangeven hier behoefte aan te hebben. “[...] opvang van onszelf of zo, dat doen we eigenlijk niet” (interview 7).

#### 4.3.8 Tijd & geld

Wanneer het gaat over zorg voor artsen en andere zorgverleners, dan wordt door meerdere artsen aangegeven dat het belangrijk is dat hier voldoende tijd voor beschikbaar wordt gesteld (interview 2, 9 en 10): “Maar ik denk in de basis voor zorg voor zorgenden zit dat je er tijd voor in moet lassen” en “dit verdient tijd” (interview 2). Daarnaast komt ter sprake dat er ook vergoedingen en accreditatie nodig zijn, zodat artsen ook de ruimte krijgen om hier tijd voor te maken en professionals kunnen betrekken om hen hierin te begeleiden (interview 1, 2, 3, 6 en 9): “[...] mogen we er nou iets voor declareren en ontvangen we er punten voor?” (interview 2). Een andere arts geeft echter aan: “Daar is geen werktijd voor, dat moet je in je eigen tijd doen. En ik weet ook niet of ik het zelf geaccepteerd zou hebben in werktijd” (interview 8).



#### 4.4 Conclusie

Het spreken van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen wordt gevormd door drie discoursen die elkaar onderling beïnvloeden: hoe artsen spreken over de identiteit van artsen; hoe artsen spreken over burn-out; en hoe artsen spreken over zorgen voor artsen. Binnen deze discoursen is er sprake van tegenstrijdigheden en meerstemmigheid: er zijn verschillen tussen de interviews en ook binnen de interviews komen soms tegenstrijdigheden naar voren. Ondanks deze meerstemmigheid en tegenstrijdigheden wordt er in het spreken, zij het met een bepaalde bandbreedte, toch een beeld neergezet van de onderliggende normen en waarden van artsen die een rol spelen bij hun spreken over burn-out bij artsen.

Wanneer het gaat over de identiteit van artsen schetst een deel van de artsen een beeld van een perfectionistische dokter die zich regelmatig afvraagt of zij het goede doet en zichzelf op de tweede plek zet. Voor de twijfel die hierdoor ontstaat, is echter niet altijd plek binnen de werkcultuur van artsen. Ditzelfde geldt voor de geraaktheid en emoties die artsen ervaren bij het verlenen van patiëntenzorg. Dat hier geen ruimte voor is, komt doordat het de norm is om als arts sterk en stoer te zijn, niet te zeuren en eigen problemen op te lossen en dus niet te praten over emoties, geraaktheid of kwetsbaarheden. Alhoewel sommige artsen zeggen zich hiertegen af te zetten, lijken deze normen en waarden toch diepgeworteld te zijn, doordat dezelfde, maar ook andere artsen in het spreken weinig ruimte creëren voor emoties, geraaktheid, problemen of kwetsbaarheden. Bijvoorbeeld door deze af te zwakken, als niet vanzelfsprekend te doen voorkomen of helemaal niet te bespreken. Hierdoor is er indirect weinig acceptatie voor burn-outklachten bij artsen. Toch zijn deze normen en waarden ook nodig, omdat artsen, door de afstandelijkheid die hierdoor gecreëerd wordt, om kunnen gaan met de emotionele impact van hun werk.

Wanneer het specifiek gaat over burn-out, plaatsen artsen dit in het spreken veelal op afstand van henzelf, benaderen ze het op een wetenschappelijke manier en wordt benoemd dat zij dit niet of nauwelijks in hun omgeving zien. Hierdoor lijkt burn-out bij artsen weinig geaccepteerd te zijn en soms zelfs te worden afgekeurd. Enkele artsen laten in hun spreken wel merken dat ze het als mogelijkheid zien om zelf burn-outklachten te krijgen, maar sommigen zwakken dit vervolgens weer af, waardoor de ruimte die ontstaat voor acceptatie minimaal is. Door de nadruk te leggen op het belang van hard werken; doorwerken bij heftige gebeurtenissen of wanneer het niet goed gaat; het oplossen van eigen problemen; en door

weinig ruimte te creëren voor het toegeven van kwetsbaarheden, wordt de acceptatie voor burn-outklachten nog minder. Burn-out lijkt meer geaccepteerd wanneer deze ontstaat door externe tijds- en werkdruk, dan wanneer dit ontstaat doordat het verlenen van patiëntenzorg te zwaar wordt gevonden. Dit duidt er ook weer op dat er weinig ruimte is voor emoties. Palliatieve zorgverlening wordt door de artsen niet als primaire oorzaak gezien voor het ontstaan van burn-outklachten.

In tegenstelling tot wat misschien verwacht zou worden op basis van de bovenstaande schets van artsen en burn-out, wordt er door de artsen in het spreken veel ruimte gecreëerd voor zorgen voor collega's, zorgmedewerkers in het algemeen of zichzelf en wordt dit door de meeste artsen neergezet als een belangrijk onderwerp. Er lijken zich echter enkele discrepanties voor te doen wanneer het spreken over zorgen wordt vergeleken met de beschreven identiteiten van artsen. Zo wordt bijvoorbeeld het aangeven van grenzen en het bespreken van werkgerelateerde gebeurtenissen (samen delen) beschreven als een belangrijk manier om voor jezelf te zorgen, maar dit botst met de artsencultuur van 'doorwerken, los het zelf op en niet-zeuren'. Deze tegenstrijdigheid komt ook terug in het taalgebruik: sommige artsen die zeggen samen delen belangrijk te vinden, zwakken dit toch weer af, en zetten het als niet vanzelfsprekend neer. Dit laat zien dat wat de artsen belangrijk vinden kan botsen met de heersende cultuur, maar dat de artsen tegelijkertijd ook zelf (onbewust) aan deze cultuur kunnen bijdragen. Bijvoorbeeld door wel te stellen dat het belangrijk is om je grenzen aan te geven, maar hier vervolgens geen ruimte voor te creëren door in het spreken de nadruk te leggen op doorwerken.

Hoewel er dus veel gesproken wordt over zorgen, gaat het hierbij vrijwel uitsluitend over zelfzorg of over hoe de arts als individu zorgt voor andere zorgmedewerkers die zij als 'lager' in de hiërarchie beschouwen. De geïnterviewde artsen spreken niet over hoe zij zelf zorg (willen) ontvangen van anderen. Zorg is iets wat artsen enkel geven en niet terugkrijgen, waardoor zorg één kant op gaat en gezien wordt als niet-wederkerig. Doordat de artsen niet spreken over het verzorgd worden, maar er wel aandacht is voor het zorgen voor andere zorgmedewerkers, wekken zij de indruk dat artsen geen zorg nodig hebben. Dit beeld wordt versterkt doordat de norm 'eigen verantwoordelijkheid' is en er direct en indirect wordt aangegeven dat artsen geen behoefte hebben aan het ontvangen van zorg. Toch spreken veel artsen over het organiseren van intervisie, wat ook als een vorm van zorgen voor artsen gezien kan worden. Het besef dat artsen zorg nodig hebben mist dus niet geheel, maar het lijkt vooral

alsof de acceptatie mist om dit ook voor jezelf toe te geven of te vragen, omdat je als arts sterk hoort te zijn. Zorg lijkt op deze manier iets voor ‘de zwakkeren’. Hierdoor is er ook minder acceptatie om te zorgen voor artsen in het kader van voorkomen van of omgaan met burn-outklachten.

Ondanks de meerstemmigheid in de boven beschreven discoursen, komt er in het algemeen weinig acceptatie voor burn-outklachten naar voren, waarbij voornamelijk opvalt dat sommige artsen zich proberen af te zetten tegen de heersende werkcultuur die deze acceptie bemoeilijkt, maar dat ook in hun spreken deze werkcultuur terugkomt.

## 5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de dialectische verbinding gelegd tussen de theoretische en de empirische bevindingen. In het theoretische kader is eerst een voorstudie gedaan naar burn-out bij artsen, werkcultuur, maatschappelijke tendensen en palliatieve zorg. De bevindingen van deze voorstudie worden hier vergeleken met de empirische bevindingen (§5.1). Hierna worden de empirische bevindingen vanuit zorgethische perspectief bekeken en wordt gekeken wat de empirische bevindingen kunnen bijdragen aan dit zorgethische perspectief. Dit zal leiden tot een antwoord op de derde deelvraag (§5.2): Hoe verhouden de discoursen van artsen zich tot de zorgethische theorie over burn-out bij artsen en andersom? En op een antwoord op de vierde deelvraag (§5.2.2): Wat betekent dit voor goede zorg (voor artsen) met betrekking tot burn-out?

### 5.1 Overeenkomsten en verschillen empirie & voorstudie

#### 5.1.1 Werkcultuur

De probleemstelling van deze thesis laat zien dat de werkcultuur van artsen burn-out moeilijk bespreekbaar kan maken of zelf kan bijdragen aan het ontstaan hiervan (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018; Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007). De geïnterviewde artsen schetsen het beeld van een werkcultuur waarin artsen sterk moeten zijn, hard moeten werken, niet zeuren, niet ziek horen te zijn en niet openlijk emoties laten zien en waarin problemen hun individuele verantwoordelijkheid zijn. Dit komt overeen met de beschreven werkcultuur in de voorstudie waar onfeilbaar zijn, hard werken, onaangedaan zijn, niet klagen, eigen verantwoordelijkheid en weinig ruimte voor gevoelens, emoties en ziekte, terugkomen (Leistikow & Van Diemen-Steenvoorde, 2018; De Bree, 2018; Koster, 2018; Card, 2018).

Daarnaast komt vanuit de empirie een beeld naar voren van artsen die veeleisend zijn voor zichzelf, zichzelf op de tweede plek zetten en twijfelen of zij goede zorg leveren. Dit komt overeen met de voorstudie waarin Koster (2018) wordt aangehaald die soortgelijke persoonlijkheidskenmerken benoemt en hieraan toevoegt dat deze persoonlijkheidskenmerken artsen kwetsbaar maken voor burn-outklachten. Ook dit verband komt terug uit de empirische analyse doordat sommige artsen beschrijven hoe door twijfel klachten als emotionele uitputting, piekeren of slecht slapen kunnen ontstaan.

Uit de empirische analyse blijkt de beschreven werkcultuur genuanceerder te zijn dan uit de voorstudie naar voren komt. Zo zijn er meerdere artsen die beschrijven dat zij geraakt worden door patiënten of emoties ervaren gedurende hun werk en dit ook mee naar huis nemen, waardoor niet enkel het beeld naar voren komt van de arts die onaangedaan is. Toch blijkt zelfs wanneer hierover wordt gesproken, dat de beschreven werkcultuur hierop invloed heeft, omdat de ruimte voor deze geraaktheid, emoties en openheid over problemen minimaal is.

### 5.1.2 Maatschappij

In de voorstudie wordt uiteengezet hoe maatschappelijke tendensen zoals versnelling, verzakelijking en individualisering invloed hebben op hoe er wordt gekeken naar burn-out bij artsen. Enkele van deze tendensen, zoals de nadruk op het individu, autonomie en eigen verantwoordelijkheid (Tronto, 1993; Lombarts, 2018; De Bree, 2018; Desmet, 2018), zijn ook terug te zien in de empirische analyse wanneer er wordt gesproken over het zelf oplossen van problemen en door de nadruk te leggen op zelfzorg. Als gevolg hiervan worden afhankelijkheid en ziekte gezien als zwakte (Tronto, 1993; 2013). Dit beeld wordt vanuit de empirie versterkt doordat artsen sterk en niet ziek horen te zijn, minder zorg behoeven dan anderen en hun eigen problemen oplossen.

Wat minder terugkomt uit de empirische analyse, maar wel beschreven staat in de voorstudie is de manier waarop artsen door globalisering en marktwerking een anoniem en onpersoonlijk instrument worden waarin hun eigen menselijkheid irrelevant is (Bransen, 2018; Lombarts, 2018; Van Heijst, 2011). De druk van het systeem komt wel terug uit de empirische analyse, doordat de artsen spreken over hoge werkdruk en tijdsgebrek, waardoor er onvoldoende tijd is om voor zichzelf te zorgen en burn-outklachten kunnen ontstaan. Zorgethica Van Heijst (2005) beschrijft dat zorgverleners ervan doordrongen zijn dat ze zich rationeel en objectief moeten opstellen tijdens hun werk. Dit wordt indirect teruggezien in de empirische analyse doordat artsen burn-out op een wetenschappelijke en onpersoonlijke manier benaderen en spreken over afstand houden van patiënten en emoties. Aan de andere kant wordt er wel gesproken over geraaktheid en emoties, waardoor blijkt dat de artsen zichzelf in hun rol als arts niet zien als een onpersoonlijk instrument.

### 5.1.3 Burn-out

In de theoretische bevindingen wordt beschreven dat de werkcultuur van artsen - zoals hard werken, gebrek aan sociale steun of het zien van mentale problemen als zwakte - invloed heeft op het ontstaan van burn-outklachten en de manier waarop er met burn-outklachten omgegaan wordt (Grover, Adarsh, Naskar & Varadharajan, 2018, Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007; Taris, Houtman & Schaufeli, 2013; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Card, 2018; Brooks, Gerada, Chalder, 2011). Zoals hierboven beschreven, wordt een soortgelijke werkcultuur teruggezien in de empirische analyse, waarbij weinig ruimte voor kwetsbaarheid en emoties, de nadruk op individuele verantwoordelijkheid en hard werken, en het niet kunnen aangeven als het niet goed gaat, weinig acceptatie creëren voor burn-out. Daarnaast blijkt zowel uit de empirische analyse als uit de voorstudie dat artsen de nadruk leggen op doorwerken, ook als het niet goed gaat (Brooks, Gerada, Chalder, 2011). Er is weinig acceptatie voor ziekte en dus ook niet voor burn-out. In de voorstudie wordt aangevuld dat dit al helemaal geldt voor geestesziekte (Card, 2018; Brooks, Gerada, Chalder, 2011), maar deze nadruk komt in het empirische onderzoek niet terug.

De empirische analyse laat zien dat de geïnterviewde artsen weten dat burn-out onder artsen voorkomt, maar dat ze dit fenomeen nauwelijks om zich heen zien. Orton, Orton & Pereira Gray (2012) geven hier een mogelijke verklaring voor doordat hun onderzoek laat zien dat collega's niet doorhadden dat huisartsen kampten met burn-outklachten. Wat niet uit de voorstudie blijkt maar wel uit de discourses over burn-out bij artsen terugkomt, is dat artsen burn-out op afstand plaatsen van zichzelf of er zelfs op een afkeurende manier over spreken en dat het toegeven van burn-outklachten niet gebruikelijk is. Dit past in de werkcultuur waarin er geen ruimte is voor ziekte, kwetsbaarheid en het delen van problemen. Tevens blijkt vanuit de empirie dat burn-outklachten gecreëerd door tijds- en werkdruk beter geaccepteerd worden dan wanneer dit ontstaat door persoonlijke factoren, wat aansluit bij de werkcultuur waarin geen ruimte is voor emoties en kwetsbaarheid en bij de maatschappelijke tendens van verzakelijking.

### 5.1.4 Palliatieve zorg

In de voorstudie wordt beschreven hoe werken in de palliatieve zorg mogelijk kan bijdragen aan het ontstaan van burn-outklachten (Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren & Apóstolo, 2017; Dréano-Hartz et al., 2016; Harrison et al., 2017; Hynes, Maffoni, Argentero, Giorgi & Giardini, 2019; Sanchez-Reilly et al., 2013; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011; Kavalieratos

et al., 2017; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011) of juist beschermend kan werken vanwege de opleiding en het werken in een palliatief team (Granek & Buchman, 2019). Wanneer de geïnterviewde artsen hierover spreken, maken zij duidelijk palliatieve zorgverlening niet als primaire oorzaak te zien voor het ontstaan van burn-outklachten. In de data wordt hierbij geen verschil gezien tussen artsen die een opleiding in palliatieve zorg hebben gevolgd of in een palliatief team werkten, of artsen die dit niet hebben of doen.

#### 5.1.5 Zorg voor artsen

In de voorstudie komt zorg voor artsen nauwelijks terug, enkel indirect doordat door individualisering, verzakelijking en versnelling van de maatschappij zorg voor artsen meer op de achtergrond is geraakt en dat er door de werkcultuur weinig oog is voor zorgen voor collega's. Uit de empirische resultaten blijkt echter dat zorgen voor zorgverleners een belangrijk onderwerp is. De conclusie in het theoretische kader, dat er door de beschreven werkcultuur en maatschappelijke individualisering weinig aandacht is voor zorg voor collega's, blijkt vanuit de empirie onterecht. Een deel van de geïnterviewde artsen geeft in hun spreken juist aan dat zorg voor collega's belangrijk is en ook blijkt dat vrijwel alle artsen behoefte hebben aan sociale steun door moeilijke werkgerelateerde gebeurtenissen met elkaar te bespreken. Dit lijkt tegenover de individualisering en de nadruk op het oplossen van eigen problemen te staan. De geïnterviewde artsen leggen echter ook sterk de nadruk op zelfzorg, waardoor zij de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid toch grotendeels bij zichzelf leggen. Daarnaast wordt er bijna uitsluitend gepraat over zorgen voor collega's die de artsen als 'lager' in de hiërarchie beschouwen en niet over zorg voor collega-specialisten of over het zelf ontvangen van zorg. Wanneer de artsen toch spreken over het ontvangen van zorg van anderen, zetten zij dit neer als zelfzorg. Door dit alles lijkt zorg krijgen van anderen iets te zijn voor zwakke mensen, wat ook weer aansluit bij de werkcultuur waarin ziekte en afhankelijkheid niet geaccepteerd zijn en artsen sterk en onafhankelijke moeten zijn. Uit de empirische analyse komt dus een minder zwart-wit beeld naar voren over zorgen voor zorgverleners dan uit de voorstudie, maar het zwaartepunt blijft wel liggen op zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid en sterk en onafhankelijk zijn, waardoor er weinig ruimte is voor zorg voor artsen, bijvoorbeeld in het kader van burn-outklachten.

### 5.1.6 Intra-normativiteit

Het bovenstaande laat zien dat uit het empirische onderzoek op meerdere vlakken een genuanceerder beeld naar voren komt, dan er vanuit de theoretische voorstudie naar voren komt. Desondanks wordt het duidelijk dat er sterke onderliggende normen en waarden zijn die beïnvloeden hoe er door artsen wordt gesproken over burn-out bij hun beroepsgroep. Hoogleraar empirische ethiek Jeanette Pols (2013) zei al in haar inaugurele rede:

Wanneer je klinische kennis onderzoekt als onderdeel van praktijken, wordt al snel duidelijk dat het helemaal niet gaat om subjectieve handelingen van geïsoleerde individuen. Het gaat om praktijken met tradities, belichaamde routines [...], apparaten, jonggeleerde, veelbeproefde waarden en vaardigheden. (p.14)

Er is geen sprake van een individuele ethiek, maar sociale waarden met intra-normativiteit. Wanneer de geïnterviewde artsen zich afzetten tegen bepaalde waarden, blijkt hierdoor juist dat deze waarden de norm zijn. Omdat de beschreven normen en waarden weinig de acceptatie van burn-out in de weg staan, is een andere manier van spreken noodzakelijk.

## 5.2 Zorgethische reflectie

De voorstudie en de empirische analyse laten beide zien dat er bij artsen weinig acceptatie is van burn-out bij artsen. Zorgethische theorie creëert hier wel ruimte voor. Hieronder wordt zorgethisch gereflecteerd op de empirische bevindingen, aangevuld met de voorstudie, maar ook nieuwe inzichten vanuit de empirie die de zorgethiek verrijken worden weergegeven met mogelijkheden tot verder onderzoek.

### 5.2.1 Afhankelijkheid & kwetsbaarheid

Zorgethici zien mensen als fundamenteel relationeel (Engster & Hamington, 2015; Sevenhuijsen, 2003). Relationaliteit wordt door de geïnterviewde artsen wel erkend, wat bijvoorbeeld blijkt uit de behoefte van de artsen aan sociale steun, maar binnen deze relationaliteit ligt wel de nadruk op individuele verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en onafhankelijkheid. Dit staat tegenover het zorgethische mensbeeld waarbij alle mensen afhankelijk en kwetsbaar zijn (Kittay, 1999; 2015; Engster & Hamington, 2015; Tronto, 1993; Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017; Eichner, 2015; Van Heijst, 2015; Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). De geïnterviewde artsen erkennen tot op zekere hoogte



dat mensen afhankelijk kunnen zijn, maar zij beperken dit tot bepaalde mensen, zoals wanneer zij spreken over het zorgen voor collega's die minder ervaren zijn. De geïnterviewde artsen zetten zichzelf neer als onafhankelijk, zelfs wanneer het gaat over hun afhankelijkheid van anderen, bijvoorbeeld door het bespreken van heftige momenten met collega's als autonome en onafhankelijke keuze van henzelf neer te zetten. Zij erkennen dus niet de onvermijdelijke afhankelijkheid die geworteld is in de menselijke biologie (Kittay, 2015; Eichner, 2015), terwijl hierdoor volgens Eichner (2015) volledige onafhankelijkheid nooit mogelijk is. Wanneer er op deze manier vanuit onafhankelijkheid wordt gedacht, worden zorgvragers gezien als kwetsbaar en incompetent vanwege hun afhankelijkheid en hierdoor buitengesloten (Tronto, 2010, Kittay 1999; 2001). Daarnaast krijgt ook de kwetsbaarheid van mensen, die volgens Kittay (1999; 2015) voortvloeit uit afhankelijkheid, weinig erkenning door de geïnterviewde artsen, doordat zij de nadruk leggen op sterk zijn, doorwerken en niet zeuren en weinig ruimte laten voor ziekten zoals burn-out.

Zorgethica Walker (Sevenhuijsen, 2003) legt uit dat door de nadruk te leggen op individuele verantwoordelijkheid, zoals dit gedaan wordt door sommige geïnterviewde artsen, de aanwezigheid van kwetsbaarheid en onderlinge afhankelijkheid wordt verduisterd. Volgens haar wordt hierdoor onze verantwoordelijkheid voor elkaar overschaduwd en is er daardoor geen ruimte voor zorg. Uit de empirische analyse blijkt echter dat er, ondanks de nadruk die de artsen leggen op individuele verantwoordelijkheid, wel degelijk aandacht is voor zorg voor collega's, zij het voornamelijk voor niet-artsen. Er wordt vooral gezien dat individuele artsen door de nadruk te leggen op eigen verantwoordelijkheid en sterk zijn, geen zorg voor zichzelf vragen of denken dat zij geen zorg behoeven. Vanuit de empirische analyse komt een ander beeld van zorg naar voren dan zorgethici schetsen.

### 5.2.2 Zorg

Zorg wordt door de geïnterviewde artsen neergezet als iets dat zij niet van anderen hoeven te krijgen, maar zichzelf kunnen bieden. Zij zien zorgen wel als iets dat belangrijk is om te doen voor andere, kwetsbaardere mensen zoals patiënten of collega's in opleiding, maar niet als iets dat een sterke en onafhankelijke dokter nodig heeft. Dit is een smallere definitie van zorg dan zorgethici hanteren. Zorgethici zien zorg als een belangrijk aspect van het mens-zijn en niet als iets dat enkel zwakkere mensen nodig hebben. Iedereen heeft zorg in meer of mindere mate nodig, omdat iedereen continu afhankelijk en kwetsbaar is. Zoals in het theoretisch kader al naar voren kwam, ligt de verantwoordelijkheid om te zorgen voor zorgverleners

volgens zorgethici niet enkel bij henzelf, maar ook bij anderen (Levinas, uit Keij, 2018; Nortvedt, 2008), namelijk bij een grotere sociale groep (Kittay, 1999), (zorg)instituties (Tronto, 2010; Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017) en de staat (Eichner, 2015). Dit staat tegenover het beeld dat de geïnterviewde artsen schetsen, waarbij de nadruk ligt op zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid.

Volgens Tronto (2010) hebben alle mensen altijd zorg nodig, dus ook dokters. Kittay (1999; 2001) en Van Heijst (2005; 2011) benadrukken, naast de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van alle mensen, ook de extra kwetsbaarheid van zorgverleners vanwege de verantwoordelijkheid die ze hebben en het risico om uitgebuit te worden. Hierdoor ontstaat een sociale en politieke verplichting om ook te zorgen voor zorgverleners. De geïnterviewde artsen redeneren niet vanuit deze extra kwetsbaarheid, maar juist andersom: zij zien zichzelf als niet (of minder) kwetsbaar en afhankelijk van anderen, en zorgen daarom voor anderen die dit wel zijn.

Filosofe Puig de la Bellacasa (2010) legt uit hoe de hedendaagse ethiek vaak begint met de verplichting om voor jezelf te zorgen. Door de sterke nadruk op de eigen verantwoordelijkheid voor zelfzorg, draagt de gemeenschap volgens haar geen verantwoordelijkheid meer. Uit het empirisch onderzoek blijkt ook dat de artsen sterk de nadruk leggen op zelfzorg en dus weinig verantwoordelijkheid toekennen aan de gemeenschap om te zorgen voor anderen. Zij hebben het echter wel veel over zorgen voor andere zorgverleners, maar ook hierbij gaat het veelal om iets wat zij als individu doen voor een ander. Zorgethici vertrekken vanuit een ander positie dan de hedendaagse ethiek. Zij stellen “*the personal is political*” (Puig de la Bellacasa, 2010, p.156), waardoor zorg niet begint met zelfzorg, maar er nagedacht moet worden over hoe de maatschappij omgaat met zorg voor anderen in het dagelijks leven (idem). Volgens Puig de la Bellacasa zijn mensen, maar ook niet-mensen zoals planten, dieren, lucht en water, verbonden in een web van complexe relaties waarin persoonlijke acties gevolgen hebben voor meer dan onszelf en onze naasten. Hierdoor zijn we onderling afhankelijk en is zorg voor jezelf of anderen niet los van elkaar te zien: “[...] *care for one’s body-self is not separable from peoplecare and earthcare [...] interrelationship between the ‘three ecologies’ – of self (body and psyche), the collective, and the earth [...]*” (Puig de la Bellacasa, 2010, p.161). Door deze verwevenheid is het noodzaak om zorg te erkennen in elke relatie. Iemand zorgt dus niet voor iemand anders, maar we zijn verbonden in relaties van wederzijdse zorg. Dit sluit aan bij de ‘*nested*

*relationality*' van Kittay (1999; 2015) waarbij ieder individu is genesteld in zorgrelaties en zorg dus meer is dan hoe een deel van de geïnterviewde arts zorg weergeeft als een dyadische en niet-wederkerige relatie waarbij het individu centraal staat. De geïnterviewde artsen lijken echter al wel een stap in de goede richting te zetten naar een wederkerige en relationele manier van denken over zorg, door te spreken over het organiseren van intervisie voor artsen.

Volgens Puig de la Bellacasa (2010) ontstaat er vanwege boven beschreven uitgangspunt ook een ander zicht op zelfzorg: zorg voor jezelf is onderdeel van de verplichting tot het collectief, dus je moet niet je eigen behoeften verwaarlozen om voor anderen te zorgen. Doordat zij zorg als een '*collective good*' ziet, moet zorg gedeeld worden en moet het overschot van leven en energie teruggegeven worden aan de zorggever, om zo burn-out te voorkomen. Zelfzorg staat dus niet aan het begin van ethisch leven, zoals de geïnterviewde artsen het doen voorkomen, maar zorg is ingebed in relationele praktijken waardoor het niet begint bij jezelf, maar ook niet bij anderen (Puig de la Bellacasa, 2010). Zorg voor jezelf en zorg voor anderen worden op deze manier niet lijnrecht tegenover elkaar gezet. Dit sluit aan bij het idee over het zelf en de ander van de Franse filosoof Ricoeur: "*Self and others are not opposed [...] the self cannot be thought of without others*" (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink & De Lange, 2017, p.641) en bij de ontkenning van de dichotomie tussen zelfzorg en zelfopoffering door zorgethici Van Nistelrooij & Leget (2017).

Zoals uit de empirie en voorstudie blijkt, zijn veel artsen perfectionistisch en willen ze graag goede patiëntenzorg leveren, soms ten koste van zichzelf waardoor klachten van burn-out kunnen ontstaan. Dit kan worden versterkt door nadruk te leggen op altruïsme in plaats van op (zelf)zorg zoals ethici Nordhaug en Nortvedt (Van Nistelrooij & Leget, 2017) en zorgethica Kittay (1999) doen. Dit benadrukken van altruïsme past ook niet bij zorg als relationeel concept waarbij het zelf en de ander verweven zijn met elkaar (Van Nistelrooij & Leget, 2017; Puig de la Bellacasa, 2010). Vanwege deze relationaliteit komt zelfzorg ook niet altijd op de eerste plek. Soms vereist het beroep van artsen nou eenmaal zelfopoffering. Echter, in de professionele setting van artsen geldt niet dat keuze in de balans tussen zelfopoffering en zelfzorg een bescheiden rol speelt, zoals zorgethica Van Nistelrooij aangeeft (2014; 2015). Het hangt van de context af waarin een arts werkzaam is hoe de balans is tussen zelfopoffering en zelfzorg. Zo wordt bijvoorbeeld uit de empirisch data duidelijk dat wegens hoge werkdruk en tijdsdruk, maar ook door de werkcultuur, er niet altijd voldoende tijd en ruimte is voor zorg voor en zelfzorg door artsen. Soms zijn er situaties, zoals tijdens een

pandemie, waarin artsen inderdaad minder keuze hebben in de balans tussen zelfopoffering en zelfzorg zoals Van Nistelrooij beweert, maar zelfs dan bepalen politieke keuzes, institutionele beslissingen en de werkcultuur in hoeverre zelfopoffering nodig is of wordt verwacht. Het is aan het geheel van ziekenhuizen, medische opleidingen, de maatschappij en politici om artsen te helpen om de keuze in de balans tussen zelfzorg en zelfopoffering mogelijk te maken en ze in deze balans te ondersteunen.

Uit bovenstaande zorgethische inzichten over zorg wordt duidelijk dat ook artsen zorg behoeven en dat dit onderdeel is van de relationaliteit tussen alle mensen. Er is hierbij ruimte voor zelfzorg, niet omdat je daar zelf verantwoordelijk voor bent als individu, maar omdat je daar verantwoordelijk voor bent als collectief. De term zelfzorg is dan ook niet geheel op zijn plek, want zorg voor jezelf of anderen staat, vanwege de relationele ontologie van de mensen, niet tegenover elkaar. Door zorg te conceptualiseren als een sociale praktijk en niet louter als een overdraagbaar product, worden mensen geconfronteerd met de wisselvalligheid en de onvoorspelbaarheid van het menselijk bestaan, met de kwetsbaarheid van lichaam en geest en met het belang van relationaliteit bij het geven van betekenis aan en het omgaan met deze verschijnselen (Sevenhuijsen, 2003, p.191). Door op deze manier naar zorg te kijken ontstaat er acceptatie van zorg voor artsen, ook in het kader van burn-out. Wanneer deze acceptatie er niet is, zoals blijkt uit de discoursen van de geïnterviewde artsen, dan is het niet mogelijk om goede zorg aan artsen te leveren met betrekking tot burn-out. Dit zal ook gevolgen hebben voor het leveren van goede zorg aan patiënten en collega's, omdat de kwaliteit van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid samenhangt met het welzijn van artsen (Panagioti et al., 2018; Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017).

### 5.2.3 Emoties & afstand

De geïnterviewde artsen beschrijven hoe zij afstand houden van hun eigen emoties, om zo goede zorg te kunnen leveren en zichzelf te beschermen tegen de impact van hun werk. Dit gaat voor enkele van de geïnterviewde artsen nog een stap verder dan de in de voorstudie beschreven balans tussen het op afstand blijven om te kunnen denken en functioneren, maar toch nabij genoeg zijn om betrokken te zijn bij een patiënt en diens naasten (Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007), doordat deze artsen stellen dat ze leren om emoties 'even uit te zetten' en 'afgestompt' raken voor emoties en gevoelens.

Dit lijkt op het tweede aspect van burn-out, depersonalisatie, waarbij emotioneel en cognitief afstand wordt genomen van het werk, als een manier om met werkoverbelasting om te gaan (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Toch lijken de geïnterviewde artsen dit niet enkel te zien als een last, maar als een noodzakelijkheid om hun werk te kunnen doen. Wel blijkt uit de empirische analyse dat deze afstand ook kan doorslaan in vermijding en er geen empathie meer kan worden opgebracht en dat deze afstand zich voort kan zetten in het privéleven.

Dit afstand nemen van emoties past niet bij zorgethische theorie waarin emoties juist worden gezien als informatieve en motiverende morele instrumenten (Engster & Hamington, 2015) en een waardevolle bron van kennis als het gaat om goede zorgverlening (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). Van Heijst (2011) stelt dat zorg altijd emoties met zich meebrengt, terwijl de geïnterviewde artsen beweren dat ze deze uit kunnen zetten en dat dit in de loop der jaren steeds gemakkelijker gaat. Zorgethici Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) beschrijven dit onderdrukken van emoties door zorgverleners als een bescherming tegen het overweldigd raken en het ontwikkelen van burn-out, maar geven aan dat emoties juist niet onderdrukt moeten worden omdat ze richting geven aan ethisch gedrag in zorgpraktijken. Dit staat tegenover het empirische inzicht dat afstand nemen van emoties door artsen noodzakelijk is om goede zorg, zowel aan patiënten als aan de artsen zelf, te kunnen verlenen. Het zou kunnen dat dit inzicht vanuit de empirie voortkomt uit het feit dat artsen vanwege de beschreven werkcultuur niet uit durven te komen voor hun emoties, maar het is ook mogelijk dat het voor sommige artsen daadwerkelijk nodig is om een deel van hun emoties uit te schakelen om te kunnen werken als arts.

Als het klopt dat artsen deze afstand nodig hebben om goede zorg aan patiënten en zichzelf te kunnen leveren, dan gaat dit niet samen met het erkennen van alle verschillende emoties zonder ook maar een enkele emotie te onderdrukken, zoals zorgethici Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) bepleiten. De empirische data in deze thesis biedt niet genoeg inzicht om hier verdere conclusies uit te kunnen trekken. Het is interessant om verder empirisch onderzoek te doen naar dit fenomeen van afstand houden bij artsen en hoe dit zich verhoudt tot depersonalisatie als onderdeel van burn-out en zorgethische theorie over emoties. Dit kan bijvoorbeeld door dit fenomeen te vergelijken met verpleegkundigen die in hun werk ook moeten omgaan met emotionele gebeurtenissen, maar binnen een andere werkcultuur werkzaam zijn.

Los van de vraag of het wel of niet noodzakelijk is voor artsen om afstand houden van bepaalde emoties om te kunnen werken, blijkt uit de empirische analyse ook dat wanneer emoties wel aanwezig zijn, deze niet altijd door hen of collega-artsen geaccepteerd worden. Wanneer dit het geval is, dan is acceptatie van deze aanwezige emoties, zoals Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) bepleiten, zeker nodig om artsen te helpen om met deze emoties om te gaan. Zo kan burn-out voorkomen worden en worden de emoties die horen bij burn-out bespreekbaar. Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere (2017) doen voorstellen om zowel binnen ethiekonderwijs als binnen zorginstellingen ruimte te creëren voor emoties van zorgverleners. Vanuit de empirische data lijkt dit voor artsen niet voldoende te zijn, omdat hiermee binnen de werkcultuur van artsen alsnog weinig ruimte is voor emoties. Het is de vraag of de ruimte die gecreëerd wordt vanuit instituties gebruikt zal worden als niet ook de werkcultuur verandert.

#### 5.2.4 Werkcultuur & onderwijs

In dit onderzoek is veel geschreven over de manier waarop de werkcultuur invloed heeft op de acceptatie van burn-out bij artsen. In sommige interviews wordt daarnaast gerefereerd aan de opleiding geneeskunde of de opleidingen tot medisch specialist en hoe deze invloed hebben op de ontwikkeling van de artsen. Echter, de empirische data in dit onderzoek was onvoldoende om hierover in relatie tot burn-out conclusies te kunnen trekken. Uit het theoretisch kader bleek dat er in de Kaderopleiding Palliatieve Zorg en in de richtlijn ‘palliatieve sedatie’ aandacht is voor zorg voor artsen. Mogelijk ligt hier en in andere medische opleidingen een sleutel tot een eerste stap om burn-outproblematiek en zorg voor artsen beter bespreekbaar te maken. Hiervoor is dan voldoende inzicht nodig in de invloed van onderwijs op het ontstaan van een werkcultuur.

Er is al veel onderzoek gedaan naar de invloed van de opleiding op de vorming van artsen, ook vanuit zorgethisch perspectief (zoals Van Reenen & Van Nistelrooij, 2019). Verder onderzoek naar de relatie tussen onderwijs en werkcultuur kan helpen om grip te krijgen op de onderliggende normen en waarden die het spreken over burn-out bepalen. Wie bepaalt dat er hard gewerkt moet worden en er weinig tijd is voor zorg? Wie heeft de macht?

Institutioneel etnografisch onderzoek naar macht, opleiding, werkcultuur en burn-out kan interessante inzichten bieden, omdat hierbij aandacht is voor het blootleggen van elders geproduceerde betekenissen van alledaagse handelingen (DeVault & McCoy, 2006).

## 6. Conclusie

Dit onderzoek zocht een antwoord op de vraag: Hoe verhouden de discoursen van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen zich tot zorgethische theorie en wat kan deze vergelijking opleveren voor goede zorg (voor artsen) met betrekking tot burn-out bij artsen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden werd een theoretische voorstudie gedaan naar burn-out bij artsen en de invloed van de werkcultuur van artsen, maatschappelijke tendensen en het werkzaam zijn in de palliatieve zorg hierop. Hier werd vanuit zorgethisch perspectief op gereflecteerd. Daarna is een kritische discoursanalyse uitgevoerd naar het spreken van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen. Als laatste werd er een verbinding gelegd tussen de theoretische voorstudie en de empirische bevindingen, welke vanuit zorgethisch perspectief werden bevestigd.

Uit de resultaten is gebleken dat de discoursen van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen bestaan uit hoe er over de identiteit van artsen, burn-out en zorgen voor artsen wordt gesproken. De verwachtingen die artsen hebben over hoe een arts hoort te zijn, bepalen hoe er wordt gesproken over burn-out. Deze werkcultuur waarin sterk zijn, hard werken, niet zeuren, niet ziek zijn, geen emoties laten zien en eigen verantwoordelijkheid gelden, zorgt ervoor dat burn-out op afstand wordt geplaatst en moeilijk bespreekbaar is. Soms zorgt deze werkcultuur er zelfs voor dat er afkeurend wordt gesproken over mensen met burn-outklachten en over aandacht voor burn-out. Zorg krijgen van anderen, bijvoorbeeld in het kader van burn-out, wordt niet nodig geacht of 'hoort' niet, zelfzorg is daarentegen wel belangrijk. Sommige artsen zetten zich af tegen deze werkcultuur, maar de werkcultuur zit zelfs bij deze artsen diepgeworteld. Burn-out krijgt dus, ondanks dat het een levendig thema is onder artsen, niet de acceptatie die nodig is om te kunnen komen tot preventie en behandeling. Het al dan niet werkzaam zijn in de palliatieve zorg lijkt hierop niet bijzonder veel invloed te hebben.

Zolang de stille kracht van de onderliggende werkcultuur, inclusief beeld van de onafhankelijke en sterke dokter die geen zorg nodig heeft, blijft bestaan, kan er nog zo veel aandacht komen voor burn-out bij artsen, maar zal volledige acceptatie van dit fenomeen niet ontstaan. Hierdoor zal ook goede zorg voor artsen in het kader van burn-out niet van de grond komen, wat uiteindelijk ook zal leiden tot slechtere patiëntenzorg.

Zorgethici bevragen het zojuist geschetste beeld en zetten zich hiertegen af. Artsen worden door hen neergezet als medemensen, inclusief hun onvermijdelijke kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Zij maken emoties die voorafgaan aan of gepaard gaan met burn-outklachten bespreekbaar en laten zien dat dokters ook zorg behoeven, net als ieder ander. Vanwege de relationele ontologie van de mens, ligt de verantwoordelijkheid hiervoor niet enkel bij het individu, maar ook bij de grotere sociale groep. Zorg is dan wederkerig en een sociale praktijk. Zelfzorg krijgt hierin wel een plek, maar staat niet lijnrecht tegenover zorgen voor anderen: het is juist onderdeel van zorg voor het collectief. Deze fundamenteel andere manier van kijken naar artsen en zorg, creëert wel ruimte voor de zorg die artsen nodig hebben en voor kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Hierdoor worden burn-outklachten bespreekbaar en ontstaat aandacht voor goede zorg.

Toch kan de werkcultuur van artsen waarin er weinig ruimte is voor burn-out en het ontvangen van zorg niet zonder meer aan de kant geschoven worden om zo ruimte te maken voor het erkennen van afhankelijkheid, kwetsbaarheid en de behoefte aan zorg. Artsen hebben namelijk soms afstand nodig van hun emoties om hun werk te kunnen doen. Desalniettemin zullen de diepewortelde normen en waarden van artsen toch moeten veranderen wil er acceptatie komen voor burn-out bij artsen. Hoe er gezorgd kan worden voor deze verandering vergt nog verder onderzoek naar het ontstaan van deze werkcultuur, bijvoorbeeld in relatie tot onderwijs voor artsen. Er lijkt al wel meer ruimte te ontstaan voor zorg voor artsen, bijvoorbeeld door de roep om intervisie of het aankaarten van hoge werkdruk. Maar pas wanneer er ook meer acceptatie is voor burn-out bij artsen, ontstaat er ruimte voor goede zorg voor artsen in het kader van burn-out.



## 7. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt eerst besproken welke maatregelen er vooraf zijn genomen om de betrouwbaarheid, geldigheid en generaliseerbaarheid van dit onderzoek te verhogen (§7.1), waarna wordt gereflecteerd op de daadwerkelijke kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek (§7.2).

### 7.1 Vooraf geplande kwaliteitsmaatregelen

#### 7.1.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid hangt af van de herhaalbaarheid (Patton, 2015). Tijdens de interviews is een topiclijst gebruikt, waardoor de interviews op ongeveer dezelfde manier zijn verlopen en herhaald zouden kunnen worden. Ik zou mijn invloed als onderzoeker op de analyse zoveel mogelijk beperken door een vooraf vastgestelde methode te volgen. Daarnaast zou ik een reflectief dagboek bijhouden om de invloed van mij als onderzoeker op de analyse aan het licht te brengen. Dit helpt om expliciet te maken welke aannames gedaan worden, waarbij er specifiek aandacht is voor de persoonlijke achtergrond van de onderzoeker (Creswell & Poth, 2018). Dit is extra belangrijk vanwege de dubbele rol van mij als zowel onderzoeker als geneeskundestudent in opleiding tot arts.

#### 7.1.2 Geldigheid

Van een discoursanalyse kan niet gezegd worden dat deze ‘de’ realiteit weerspiegelt, omdat ten eerste de realiteit (gedeeltelijk) door mensen zelf wordt geconstrueerd vanwege interpretatie en ten tweede omdat de discoursanalyse en de realiteit een interactie met elkaar aangaan en de discoursanalyse zelf een interpretatie is (Gee, 2005; 2011a). Wel is ernaar gestreefd om de geldigheid van het onderzoek te vergroten door triangulatie van data (meerdere respondenten in het empirisch onderzoek), theorie (meerdere auteurs in het theoretisch onderzoek) en methoden (zowel empirisch als theoretisch onderzoek) (Patton, 2015). Ook is geprobeerd zo veel mogelijk bij de woorden van de participanten te blijven en in het theoretisch onderzoek de argumenten goed onderbouwd weer te geven. Analyses en resultaten zouden worden besproken met begeleiders en collega’s.

#### 7.1.3 Generaliseerbaarheid

Er is in dit onderzoek gestreefd naar theoretische generaliseerbaarheid door de resultaten gedetailleerd te beschrijven (*thick description*), waardoor de lezer zelf kan beoordelen of deze

ook op andere situaties toepasbaar zijn. Dit draagt ook bij aan de overtuigingskracht van het onderzoek.

## 7.2 Kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek

De vooraf geplande kwaliteitsmaatregelen: het bijhouden van een reflectief dagboek, triangulatie van data, theorie en methoden en *thick description*, zijn uitgevoerd zoals vooraf gepland. Enkele aspecten die invloed hebben gehad op de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek zijn hieronder beschreven.

### 7.2.1 Transcripten

Doordat er alleen transcripten van de interviews beschikbaar waren, is er mogelijk belangrijke non-verbale communicatie gemist, zoals houding en intonatie. Volgens psychotherapeut en onderzoeker Finlay (2006) is lichamelijke informatie echter wel belangrijk om mee te nemen tijdens het doen van onderzoek, omdat dit onderdeel is van de leefwereld. Het meenemen van lichamelijke past ook bij het in deze thesis gebruikte begrip Discours (met een kapitaal) (Gee, 2011a), wat de combinatie is van taal met ‘dingen’ die geen taal zijn zoals gebaren en kledingstijl: “[...] *to study language-in-use we need to study more than language alone, we need to study Discourses*” (idem, p.44). Mijn eigen lichamelijke heb ik wel meegenomen in het onderzoek doordat ik hier als onderzoeker op heb gereflecteerd gedurende het analyseren van de data (*embodied self-awareness* (Finlay, 2006)) en dit heb beschreven in het reflectief dagboek.

Daarnaast is het transcriberen door een derde partij uitgevoerd waardoor bepaalde delen van de discoursen niet in de analyse zijn betrokken, zoals stiltes of zinsaccenten. Daarentegen geeft Gee (2011a) ook aan dat een transcript, hoe gedetailleerd ook, altijd een weergave is van de werkelijkheid en “*The validity of an analysis is not a matter of how detailed one’s transcript is. It is a matter of how the transcript works together with all the other elements of the analysis to create a “trustworthy” analysis*” (Gee, 2011a, p.117).

Een voordeel van het gebruiken van enkel anonieme transcripten is dat ik hierdoor minder bevooroordeeld was over de geïnterviewde artsen, door bijvoorbeeld hun uiterlijk of stem.

### 7.2.2 Context

Ondanks dat het volgens Gee niet mogelijk is om alle context mee te nemen, is dat in dit onderzoek toch zo goed mogelijk geprobeerd om zo de geldigheid en generaliseerbaarheid te vergroten. Zoals beschreven waren er enkel anonieme transcripties voorhanden in dit onderzoek, waardoor een gedeelte van de lokale context, zoals lichamelijke niet meegenomen konden worden. De ‘*tools of inquiry*’ van Gee (2011a) (zie 3.2.5. en 3.4.1) zijn gebruikt om toch zo veel mogelijk van de persoonlijke, institutionele, sociale, culturele en historische context te achterhalen.

Daarnaast is vanwege het belang van de context bewust gekozen om in het theoretische kader zoveel mogelijk Nederlandse literatuur te gebruiken wanneer er geschreven is over de werkcultuur en maatschappelijke tendensen. Echter, dit zijn slechts schetsen van de situatie en er is natuurlijk niet één werkcultuur of maatschappelijke tendens waarover gesproken kan worden. Daarom is er nogmaals naar deze aspecten gekeken vanuit de particuliere situatie van de geïnterviewde artsen. Over palliatieve zorg en burn-out was helaas weinig Nederlandse literatuur beschikbaar, waardoor hierbij vooral buitenlandse literatuur is gebruikt, aangevuld met informatie over de opleiding in Nederland.

Verder is ervoor gekozen om in het empirische onderzoek alleen artsen die veel werkzaam zijn in de palliatieve zorg te includeren. Een kanttekening hierbij is dat deze artsen geworven via het netwerk van IKNL, waardoor het geen representatieve steekproef is van artsen werkzaam in de palliatieve zorg: er is sprake van een selectiebias (Roulston & Shelton, 2015).

### 7.2.3 Generaliseerbaarheid

Aangezien de empirische resultaten over de werkcultuur grotendeels overeenkwamen met de beschreven werkcultuur van artsen in de voorstudie, is het aannemelijk dat ook de discoursen van artsen werkzaam in de palliatieve zorg over burn-out bij artsen in grote lijnen generaliseerbaar zijn naar andere artsen werkzaam in de palliatieve zorg in Nederland. Deze discoursen worden namelijk deels gevormd worden door deze werkcultuur. Daarnaast zijn de resultaten met zoveel mogelijk citaten ondersteund, waardoor generaliseerbaarheid door de lezer zelf beoordeeld kan worden.

#### 7.2.4 Dé waarheid

Aangezien er tijdens een onderzoek altijd maar een klein deel van een groter geheel wordt onderzocht, kan er slechts een hypothese geformuleerd worden over de werkelijkheid (Gee, 2005; 2011a). Deze hypothese kan bevestigd worden door meer data te bekijken, zoals geprobeerd is in dit onderzoek door zowel theoretisch en empirisch onderzoek te doen. Toch claimt dit onderzoek geen definitief bewijs te leveren en staat open voor bevindingen die er tegenin gaan, omdat het geheel altijd groter is en resultaten context gebonden zijn en dus aan verandering onderhevig.

#### 7.2.5 COVID-19

Vrij snel na de start van dit onderzoek werd de wereld getroffen door de uitbraak van COVID-19, ook wel coronavirus. Gedurende dit onderzoek zijn hierdoor qua planning en inhoud slecht minimale aanpassingen gedaan, maar procesmatig is het onderzoek wel anders gelopen dan gepland. Zo is er achteraf geen member-check uitgevoerd met de respondenten, omdat deze hun handen vol hadden aan het verlenen van zorg. Daarnaast was er vooraf gepland om de analyses en resultaten te bespreken met collega-studenten, maar dit heeft door deze situatie anders uitgedraaid. Ten eerste miste de spontane uitwisselingen van ervaringen bij de koffieautomaat, maar ook de vooraf afgesproken samenwerking met medestudenten ging niet door wegens meer werkzaamheden in de zorg van zowel medestudenten als mijzelf. Doordat gedurende het proces van het onderzoek minder gedeeld is met anderen en zo minder inzichten zijn verkregen vanuit andere perspectieven, is het mogelijk dat de inhoud van het onderzoek ook anders is geworden alsmede de kwaliteit.

## Literatuur

- Baur, V.E., Van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493.
- Bransen, J.A.M. (2018). De dokter als anoniem personage. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 143-150). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *Journal of Mental Health*, 20(2), 146–156.
- Card, A.J. (2018). Physician Burnout: Resilience Training is Only Part of the Solution. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 267–270.
- Carmel, S., & Glick, S.M. (1996). Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine*, 43(8), 1253-1261.
- Conijn, M., Boersma, H. J., & Van Rhenen, W. (2015). Burn-out bij Nederlandse geneeskundestudenten: Prevalentie en oorzaken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159, A8255.
- Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (fourth edition)*. Los Angeles: SAGE publications.
- De Bree, M.J. (2018). Doe het niet! Open brief aan beginnende coassistenten. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 121-128). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dean, W., Talbot, S. G., & Caplan, A. (2020). Clarifying the Language of Clinician Distress. *Journal of the American Medical Association*, 323(10), 923-924.
- Desmet, J.C.J. (2018). Liefde voor het werk in tijden van management: verdere inzichten. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 237-248). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- DeVault, M., & McCoy, L. (2006). Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In D. Smith (Ed.). *Institutional Ethnography as Practice* (pp. 15-44). New York: Rowman & Littlefield.

- Dréano-Hartz, S., Rhondali, W., Ledoux, M., Ruer, M., Berthiller, J., Schott, A. M., ... & Filbet, M. (2016). Burnout among physicians in palliative care: Impact of clinical settings. *Palliative & Supportive care*, 14(4), 402–410.
- Eichner, M. (2015). The supportive state: Government, dependency, and responsibility for caretaking. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 87-107). Oxford: Oxford University Press.
- Engster, D., & Hamington, M. (2015). Introduction. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 1-16). Oxford: Oxford University Press.
- Finlay, L. (2006). The body's disclosure in phenomenological research. *Qualitative Research in Psychology*, 3(1), 19-30.
- Fisher, B., & Tronto, J.C. (1990). Toward a Feminise Theory of Care. In E.K. Abel & M.K. Nelson (Eds.) *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 35-62). Albany: State University of New York Press.
- Gee, J.P. (2005). *An introduction to Discourse Analysis: Theory and Method* (Second edition). New York: Routledge.
- Gee, J.P. (2011a). *An introduction to Discourse Analysis: Theory and Method* (Third edition). New York: Routledge.
- Gee, J.P. (2011b). *How to do Discourse Analysis: A Toolkit*. Oxon: Routledge.
- Granek, L., & Buchman, S. (2019). Improving physician well-being: lessons from palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, 191(14), E380–E381.
- Grover, S., Adarsh, H., Naskar, C., & Varadharajan, N. (2018). Physician burnout: A review. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 23(2), 78-85.
- Haring, S. (2018). Acceptatie. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 129-132). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Harrison, K. L., Dzenz, E., Ritchie, C. S., Shanafelt, T. D., Kamal, A. H., Bull, J. H., ... & Swetz, K. M. (2017). Addressing Palliative Care Clinician Burnout in Organizations: A Workforce Necessity, an Ethical Imperative. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(6), 1091–1096.
- Harvey, K., & Adolphs, S. (2012). Discourse and healthcare. In J.P. Gee & M. Handford (Eds.), *The Routledge Handbook of Discourse Analysis* (pp. 470-481). New York: Routledge.

- Hjelm, T. (2011). Discourse Analysis. In M. Stausberf & S. Engler (Eds.), *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion* (pp. 134-150). New York: Routledge.
- Hynes, J., Maffoni, M., Argentero, P., Giorgi, I., & Giardini, A. (2019). Palliative medicine physicians: doomed to burn? *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(1), 45–46.
- Kalani, S. D., Azadfallah, P., Oreyzi, H., & Adibi, P. (2018). Interventions for Physician Burnout: A Systematic Review of Systematic Reviews. *International Journal of Preventive Medicine*, 9, 81.
- Kamal, A.H., Bull, J.H., Wolf, S.P., Swetz, K.M., Shanafelt, T.D., Ast, K., ... & Abernethy, A.P. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 690–696.
- Kavalieratos, D., Siconolfi, D.E., Steinhauer, K.E., Bull, J., Arnold, R.M., Swetz, K.M., & Kamal, A.H. (2017). "It Is Like Heart Failure. It Is Chronic ... and It Will Kill You": A Qualitative Analysis of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 901–910.e1.
- Keij, J.A. (2018). Voorbij de kretologie: de patiënt centraal. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 209-215). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. London/New York: Routledge.
- Kittay, E.F. (2001). When caring is just and justice is caring: justice and mental retardation. *Public Culture*, 13(3), 557–579.
- Kittay, E. F. (2015). A theory of justice as fair terms of social life given our inevitable dependency and our inextricable interdependency. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 51-84). Oxford: Oxford University Press.
- Kole, J.J. (2018). Beroepszeer en moral distress vanuit beroepsethisch perspectief. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 225-235). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Koster, M.E.Y. (2018). Zorg voor de zorgverlener. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 81-89). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kruijff, S. (2018). Illness as failure: De strijdcultuur in de geneeskunde. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 43-50). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *The Journal of Applied Psychology*, 92(1), 213-227.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.
- Leistikow, I.P., & Van Diemen-Steenvoorde, J.A.A.M. (2018). Eer in het werk. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 27-34). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lombarts, M.J.M.H. (2018). Vertrouwen in de dokter: Professional performance in tijden van verzakelijking, versnelling en verharding. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 133-142). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.
- Meijman, H.J., & Valkenburg, A.C.H. (2018). Optimale zorg – Dappere dokters. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 35-42). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nortvedt, P. (2008). Sensibility and clinical understanding. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(2), 209-219.
- Orton, P., Orton, C., & Pereira Gray, D. (2012). Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ open*, 2(1), e000274.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association Between Physician Burnout and Patient Safety,



- Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1330.
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1905-1933.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods (Fourth Edition)*. Londen: SAGE Publications.
- Pereira, S.M., Fonseca, A.M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326.
- Pols, J. (2013). *De chronificering van het ziek zijn: Empirische ethiek in de zorg*. Inaugurele rede UVA Amsterdam.  
[https://pure.uva.nl/ws/files/2680465/171876\\_PDF\\_7682Weboratie\\_Pols\\_DEF.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/2680465/171876_PDF_7682Weboratie_Pols_DEF.pdf)
- Puig de la Bellacasa, M. (2010). Ethical doings in naturecultures. *Ethics, Place and Environment*, 13(2), 151-169.
- Roulston, K., & Shelton, S.A. (2015). Reconceptualizing Bias in Teaching Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry*, 21(4), 332-342.
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L.J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., ... & Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81.
- Schretlen, I.C.J.M. (2018). Dubbele zorg om de zorg: visie van een arts die ook patiënt is. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 65-79). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sevenhuijsen, S. (2003). The place of care: The relevance of the feminist ethic of care for social policy. *Feminist theory*, 4(2), 179-197.
- Taris, T., Houtman, I., & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
- Ten Thije, S., & Esche, C.W. (2018). Zorgen voor het imperfecte: Een onderzoek naar institutionele vernieuwing in ziekenhuis en kunstmuseum. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 267-273). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care*. New York: Routledge.

- Tronto, J.C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158-171.
- Tronto, J.C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*. New York/Londen: New York University Press.
- Van den Berg, H. (2004). Discoursanalyse. *Kwalon*, 9(2), 29-39.
- Van Dijk, T.A. (2015). Critical Discourse Analysis. In D. Tannen, H.E. Hamilton & D. Schiffrin (Eds.), *The Handbook of Discourse Analysis* (pp. 466-485). Malden: Wiley Blackwell.
- Van Engelen, B.G.M., & Van der Wilt, G.J. (2018). Leeswijzer. Wat is er met de dokter gebeurd? In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 3-18). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional loving care: An ethical view of the healthcare sector*. Leuven: Peeters Publishers.
- Van Nistelrooij, I. (2014). Self-sacrifice and self-affirmation within care-giving. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 519-528.
- Van Nistelrooij, I. (2015). Het goede in de zorg: een kwestie van kiezen of van beamen? *Speling: Tijdschrift voor Bezinning*, 2015(1), 45-51.
- Van Nistelrooij, I. & Leget, C. (2017). Against dichotomies: On mature care and self-sacrifice in care ethics. *Nursing Ethics*, 24(6), 694-703.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & De Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics*, 43, 637-644.
- Van Reenen, E. & Van Nistelrooij, I. (2019). A spoonful of care ethics: The challenges of enriching medical education. *Nursing Ethics*, 26(4), 1160-1171.
- Verdonk, P., Röntzsch, V., De Vries, R., & Houkes, I. (2014). Show what you know and deal with stress yourself: a qualitative interview study of medical interns' perceptions of stress and gender. *BMC Medical Education*, 14, 96.
- Vissers, K.C.P. (2018). De bijwerkingen van het medisch (curatieve) discours. In B. van Engelen, G.J. van der Wilt & M. Levi (Eds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 151-159). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20, 465-476.
- Weidema, F., Van Dartel, H., & Molewijk, B. (2018). Implementatie van moreel beraad in de zorginstelling. In H. Van Dartel & B. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad* (pp. 230-245). Amsterdam: Boom.
- Wiederhold, B. K., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open medicine (Warsaw, Poland)*, 13, 253-263.