

Ik stop ermee!

Een zorgethische studie naar de beleving van arts-assistenten die in opleiding waren tot cardiothoracaal chirurg met betrekking tot hun opleiding



Naam: Hanna Talacua

Studentnummer: 1025635

Thesisbegeleider: prof. dr. C. Leget

Tweede Lezer: dr. V. Baur

Examinator: dr. P. Dronkers

21 augustus 2020

Utrecht

Masterthesis Zorgethiek en Beleid

Universiteit van Humanistiek

Aantal woorden: 15701

Voorwoord

Met veel plezier ben ik 2 jaar geleden begonnen aan de master Zorg Ethiek en Beleid. Ik ben begonnen aan deze master omdat ik na het afronden van mijn studie geneeskunde en mijn promotieonderzoek, nog steeds het idee had dat ik geen goede zorg kan leveren. Ik bleef mezelf afvragen wat goede zorg was, binnen het systeem wat wij in Nederland hebben. Wat is goede zorg voor patiënten? En wat mij vooral interesseert, wat is goede zorg voor de medewerkers?

Sinds 2015 ben ik in opleiding tot cardiothoracaal chirurg. Ik merkte dat in de afgelopen jaren verschillende collega's stoppen met de opleiding. Ik vind het zorgwekkend dat gemotiveerde talentvolle artsen, reden zien om te stoppen. Er lijkt iets in het systeem niet te kloppen. Dit gevoel werd ondersteund door een krantenartikel het NRC. Hierin komt naar voren dat jonge artsen willen dat de cultuur in ziekenhuizen verandert. De werkdruk en stress worden velen bijna te veel (Bos, 2020) Dit was de aanleiding voor het onderzoek wat ik in deze master thesis presenteer.

Deze thesis is geschreven in het kader van de afronding van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit van Humanistiek. Er is zorgethisch onderzoek verricht naar de geleefde ervaring van aios cardiothoracale chirurgie die ertoe heeft geleid dat zij zijn gestopt met de opleiding. Ik hoop dat het onderzoek kan bijdragen aan het verbeteren van de zorg, die geleverd wordt aan jonge artsen.

Dit onderzoek was niet mogelijk zonder de bijdrage van de respondenten. Ik vind het bijzonder dat zij zo open hun verhaal hebben durven vertellen. Ik ben ze daar erg dankbaar voor en ik hoop dat hun bijdrage in de toekomst een verschil kan maken.

Prof dr. Carlo Leget wil ik bedanken voor het begeleiden van mijn thesis. De immer vrolijke mailtjes met altijd een positieve noot maakten dat ik erin ging geloven dat het nog mogelijk was om mijn thesis te schrijven. Het is voor mij een voorbeeld voor hoe opleiden behoort te gaan.

Speciale dank gaat naar mijn studiegenoten Marijke Melissen en Fenna Mossel. Dank jullie wel voor jullie steun en vertrouwen. Fijn dat ik met jullie van gedachten kon wisselen.

De studie Zorg Ethiek en Beleid heeft mij enorm geholpen in mijn ontwikkeling als zorgverlener. Het heeft mij nieuwe inzichten gegeven en mijn kijk op de wereld veranderd.

Veel leesplezier!

Hanna Talacua

Utrecht, 21 augustus 2020

Inhoudsopgave

Samenvatting	6
1. Probleemstelling en relevantie	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Maatschappelijk probleem	7
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling	10
2. Methode Empirisch onderzoek	11
2.1 Onderzoek benadering	11
2.2 Onderzoekmethode	11
2.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	12
2.4 Dataverzameling	12
2.5 Data-analyse	13
2.6 Fasering	14
2.7 Ethische overwegingen	14
3. Bevindingen	16
3.1 Te weinig onderwijs momenten	17
3.2 Constant beoordeeld worden	22
3.3 Weerstand tegen de toekomst	26
3.4 Conclusie	29
4. Theoretisch kader	31
4.1 Zorgethiek	31
4.2 Onderwijs als zorgpraktijk	33
4.3 Erkenning	36
4.4 Aandacht	39
4.5 Conclusie	42

5. Discussie	43
5.1 Empirie en theorie in dialoog	43
6. Conclusie	49
6.1 Beantwoorden van de hoofdvraag	50
6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	50
6.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	52
7. Kwaliteit van het onderzoek	53
7.1 Interne validiteit	53
7.2 Externe validiteit	53
7.3 Betrouwbaarheid	54
7.4 Belemmeringen	54
Literatuur	56

Samenvatting

Dit onderzoek geeft vanuit een zorgethisch perspectief de ervaring van aios weer, die heeft geleid tot het stoppen met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg. Het onderzoek kan hiermee een bijdrage leveren aan een verlaging van de uitval en het verbeteren van de opleiding.

Met behulp van fenomenologisch onderzoek werden de geleefde ervaringen van de aios in kaart gebracht. Er werden interviews afgenomen waarmee de leefwereld van vier aios die gestopt zijn met de opleiding in beeld werd gebracht. Vervolgens werd aan de hand van het empirisch onderzoek, de zorgethische literatuur onderzocht. Door constant heen en weer te bewegen tussen empirie en theorie zijn nieuwe inzichten ontstaan.

De ervaringen van de geïnterviewde aios is gelaagd. Aan de oppervlakte vertellen zij over het gebrek aan onderwijsmomenten, het gevoel om constant beoordeeld te worden en de weerstand die zij tegen de toekomst ervaren. De laag hieronder wordt gevormd door de waarden die voor de aios in het geding komen. De aios zijn afhankelijk en voelen dat zij vertrouwen, veiligheid en vrijheid missen. De derde laag is ontstaan door op meta-niveau de data te analyseren. Hierin komt de behoefte van de aios in beeld. Zij hebben behoefte aan aandacht en erkenning. Zij willen serieus genomen worden in hun taak opgeleid om te worden.

Onderwijs in een ziekenhuis is vanuit een zorgethisch perspectief een zeer complexe zorgpraktijk met meerdere zorgvragen; die van aios en van patienten. Doordat medisch specialisten verantwoordelijk zijn voor beide zorgvragen moet de medisch specialist prioriteiten gaan stellen. De hulpvraag van de aios verdwijnt daarmee naar de achtergrond. Hierdoor voelt de aios zich niet erkend en wordt ook de zorgvraag niet aandachtig herkend. Vanuit het normatieve framework van Tronto die goede zorg in vier fasen beschrijft, blijkt hiermee dat al de eerste fase van zorg om verbetering vraagt. De aios erkennen in zijn gehele context en aandachtig de hulpvraag herkennen.

In de conclusie van dit onderzoek worden aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek gedaan.

1. Probleemstelling en relevantie

1.1 Aanleiding

Artsen die toegelaten worden tot de opleiding hebben vaak al een lange weg achter de rug om überhaupt in aanmerking te komen voor de opleiding. Als investering hebben zij dikwijls al een paar jaar werkervaring opgedaan en promotieonderzoek verricht in het desbetreffende veld. De artsen hebben hierdoor al een goede indruk gekregen van wat het vak behelst en toch zien zij redenen om na dit harde werk te stoppen met de opleiding. Dit heeft grote gevolgen voor de arts-assistenten zelf, maar ook voor de opleiding en in een latere fase: de arbeidsmarkt. Het gegeven dat gemotiveerde jonge artsen stoppen met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg is zorgwekkend. De beroepsvereniging heeft het gevoel dat er 'iets' moet veranderen in de opleiding, zodat getalenteerde artsen behouden blijven voor het specialisme cardiothoracale chirurgie.

1.2 Maatschappelijk probleem

Na het afronden van de studie geneeskunde kan een aantal basisartsen zich specialiseren tot medisch specialist. Afhankelijk van het gekozen specialisme, duurt de specialisatie tussen de twee en zeven jaar. De meeste opleidingen worden betaald middels een zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage, een vergoeding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met deze vergoeding garandeert de overheid, zonder de markt te verstoren, de beschikbaarheid van opleidingen (De jonge specialist, 2017). Op advies van de stichting BOLS, die verdelingsvoorstellen maakt voor de instroom van arts-assistenten in de medische vervolgoopleidingen, stelt de minister vast hoeveel instroomplaatsen een instelling krijgt. Dit advies is mede gebaseerd op de gewenste instroom per specialisme (BOLS bureau, 2020).

Gemiddeld stopt een op de tien artsen in opleiding tot specialist (aios) met de opleiding. De meest genoemde redenen zijn een verstoring van de werk-privébalans en werkdruk. Een vroegtijdige beëindiging van de opleiding heeft niet alleen gevolgen voor de arts-assistent, maar ook voor de overheid. Een aios opleiden in een academisch ziekenhuis kost de overheid 131.200 euro per jaar, dit is ongeveer 787.200 euro per aios wanneer de opleiding zes jaar duurt (De jonge specialist, 2017). De meeste aios stoppen in de eerste drie jaar van hun opleiding (Bustraan, 2019). Deze investering kan als verloren worden beschouwd wanneer de opleiding vroegtijdig beëindigd wordt. Hiernaast wordt

het gewenste aantal medisch specialisten niet gehaald, met als gevolg een gebrek aan arbeidskrachten, wat weer leidt tot een hogere belasting van de zittende medisch specialisten. Het personeelstekort kan namelijk tot gevolg hebben dat het niet mogelijk is om parttime te werken en dat het aantal weekend- en nachtdiensten toeneemt. Verschillende oplossingen zijn aangedragen door opleiders in academisch centra, die vooral gericht zijn op de arts-assistenten zelf, zoals een assessment voor de opleiding. Het doel van dit assessment is om te kunnen beoordelen of de kandidaten over de juiste competenties beschikken om de opleiding af te maken. Daarbij wordt gekeken naar gedrag, intelligentie, motivatie en zelfbeeld; waarmee wordt gepoogd vast te leggen wat iemand in zijn mars heeft (Stuijver, 2015). Dit heeft echter nog niet tot het gewenste resultaat geleid: het aantal aios dat stopt met de opleiding is in de afgelopen twintig jaar gelijk gebleven.

De Juniorkamer van de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie (NVT), waarin de aios cardiothoracale chirurgie verenigd zijn, erkent dit probleem en heeft gezamenlijk met het consilium van de NVT een vitaliteitsonderzoek opgezet. In maart 2020 werd een enquête afgenomen onder alle aios cardiothoracale chirurgie in Nederland en daarin is onder meer gekeken naar uitputting, mentale distantie, cognitieve ontregeling, emotionele ontregeling, psychische spanningsklachten, psychosomatische klachten, werk-privébalans en werksfeer. De uitslag van deze enquête wordt in november van dit jaar verwacht.

De uitkomsten van het onderzoek dat gepresenteerd worden in deze masterthesis kunnen aanvullend zijn op het reeds ingezette onderzoek van de Juniorkamer en het consilium van de NVT. Het kan gebruikt worden in een advies voor landelijke verenigingen van medisch specialisten die de opleiding vormgeven en voor opleiders en ziekenhuizen die de opleiding faciliteren. Dit alles kan leiden tot een verbetering van de opleiding tot medisch specialist. En dat leidt mogelijk tot een kostenbesparing en tot een beperking in de uitval door gemotiveerde en getalenteerde artsen te behouden. Dit zal het leveren van goede zorg uiteindelijk ten goede komen.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Het aantal aios dat stopt bij de snijdende specialismen, zoals cardiothoracale chirurgie, ligt hoger dan bij andere vervolgoopleidingen tot medisch specialist. In de Verenigde Staten stopt gemiddeld een op de vier aios met de opleiding tot chirurg. De meeste

stoppen na het eerste jaar van de opleiding, waarbij significant meer vrouwen dan mannen stoppen, respectievelijk 25% en 15% (Khoushal, 2017). Aios die in een groot opleidingscentrum worden opgeleid, stoppen eerder dan aios in middelgrote opleidingscentra (32.3% vs 11.0%) (Yeo, 2018). De meest gegeven redenen zijn ongewenste leefstijl, slaapdeprivatie, het aantal uren dat gewerkt moet worden, voorkeur voor een ander specialisme, duur van de opleiding, het gemis aan een mentorschap of werkcultuur (Naylor, 2008; Khoushal, 2017). Gebrek aan motivatie kon niet worden aangewezen als mogelijke oorzaak van het stoppen met de opleiding (Symer, 2018). Om te kunnen voorspellen welke aios het einde van de opleiding kunnen halen, hebben Yeo et al. (2017) geprobeerd om een model te ontwikkelen. Uit dit model blijkt dat blanke, getrouwde mannen die hun opleiding volgen aan een kleiner instituut de kleinste kans hebben op het vroegtijdig verlaten van de opleiding (Yeo, 2017). Van de aios in Nederland die besluiten te stoppen, stopt 25% in het eerste jaar. In het tweede en derde opleidingsjaar is dit 50% (Bustraan, 2019). Dit hoge uitvalspercentage wordt gerelateerd aan burn-outklachten (Prins, 2007; Stuijver, 2015), die bij deze groep aios het meest frequent voorkomen (Bustraan, 2019).

Burn-outklachten kunnen veroorzaakt worden doordat aios te weinig autonomie en een verstoorde werk-privébalans ervaren. Hiernaast ervaren aios een rolconflict, doordat zij zowel opgeleid worden als zelf leiding moeten geven (Prins, 2007). Een andere reden voor de toename van deze klachten is dat de aios naast het opdoen van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden ook taken en vaardigheden moeten ontwikkelen die niet medisch inhoudelijk zijn, zoals het managen van de afdeling, onderhandelen met andere specialisten en het oplossen van conflicten. Deze managementcompetenties worden door aios zelf als middelmatig of niet adequaat beoordeeld (Berkenbosch, 2011). In tegenstelling tot andere specialismen, zoals algemene heelkunde en ouderengeneeskunde of onderzoeken waarin naar aios in het algemeen is gekeken (Khoushal, 2017; Bustraan, 2019; Bos, 2016), is er nooit onderzoek verricht naar het vroegtijdig verlaten van de opleiding specifiek bij de cardiothoracale chirurgie. De reden hiervoor is niet bekend. Hiernaast wordt uit de huidige literatuur niet duidelijk wat precies de reden is van het vroegtijdig verlaten van de opleiding. Wat houdt een disbalans tussen werk en privé precies in? Wat bepaalt een goede werksfeer of een goed opleidingsklimaat? Wat is de reden dat een klein instituut een goede bijdrage kan leveren aan de opleiding?

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Wat zijn de geleefde ervaringen van aios die ertoe hebben geleid dat zij de opleiding tot cardiothoracaal chirurg vroegtijdig verlieten en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan wanneer vanuit een zorgethisch perspectief wordt gekeken naar de opleidingen in zorgpraktijken?

Hieruit volgen de volgende deelvragen:

- Wat is de geleefde ervaring van aios die gestopt zijn met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg met betrekking tot de opleiding?
- Welke zorgethische inzichten zijn er te formuleren met betrekking tot het opleiden in zorgpraktijken?
- Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan na het samenbrengen van de empirische bevindingen en de zorgethische literatuur om de opleiding tot cardiothoracaal chirurg te verbeteren?

1.5 Doelstelling

Het interne doel van dit onderzoek is om te duiden hoe de aios die gestopt zijn met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg de opleiding hebben ervaren. Het externe doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan een verlaging van de uitval. Mogelijk kan dit gevolgen hebben voor hoe de opleiding door de overheid, maar ook door een instituut, wordt vormgegeven. Hiernaast kan het gevolgen hebben voor de begeleiding van de individuele aios.

In hoofdstuk 1 werd de aanleiding van de probleemstelling gepresenteerd. In hoofdstuk 2 wordt de methode van het empirisch onderzoek besproken. De bevindingen van het onderzoek worden besproken in hoofdstuk 3, en het theoretisch kader in hoofdstuk 4. Het empirisch onderzoek en theoretisch kader komen samen in de discussie, die in hoofdstuk 5 wordt gepresenteerd. In hoofdstuk 6 volgt de conclusie met verschillende aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek. Als laatste wordt de kwaliteit van dit onderzoek beoordeeld in hoofdstuk 7.

2 Methode empirisch onderzoek

2.1 Onderzoeksbenadering

Gedetailleerde geleefde ervaringen van deelnemers aan een bepaalde situatie kunnen meer inzicht verschaffen en zo mogelijk bijdragen aan een beter begrip van wat goede zorg is (De Casterlé, 2011). Deze geleefde ervaringen kunnen bestudeerd worden door een zorgethische lens (Leget, 2017).

Om deze ervaringen in kaart te brengen, wordt fenomenologisch onderzoek verricht waarbij de betekenis van een fenomeen, zoals dit wordt ervaren door de respondent, wordt onderzocht (Creswell, 2016). Fenomenologisch kwalitatief onderzoek is narratief van aard en richt zich op het beschrijven van verschillende geleefde ervaringen. Hierbij wordt gezocht naar de gemeenschappelijke betekenis van een bepaald fenomeen (Van der Meide, 2014). Een open fenomenologische houding is nodig om de juiste zorgethische fenomenen te identificeren (Dahlberg, 2009; Van der Meide 2014). Om zo open mogelijk het onderzoek uit te voeren, is ervoor gekozen om het empirisch onderzoek niet bij voorbaat gestuurd te laten worden door een theoretisch kader. Hierom worden eerst de bevindingen van het empirisch onderzoek gepresenteerd en daarna het theoretisch kader.

2.2 Onderzoeksmethode

Een onderzoeksbenadering binnen de fenomenologie is de *Reflective Lifeworld Approach (RLA)* van Dahlberg (2008). Het doel van de RLA is om een beschrijving te geven van een essentie, bestaande uit een fenomeen en zijn constituenten, de bestanddelen waaruit de essentie is samengesteld. De essentie is de rode draad en is altijd situationeel tijd- en plaatsgebonden. Door de variatie in ervaringen van de verschillende individuen met hetzelfde probleem is deze rode draad verweven (Dahlberg, 2008; Van der Meide, 2014). Dit kan leiden tot een hernieuwd begrip van het fenomeen en kenmerkt zich door een spanning tussen het unieke en het generieke (Van der Meide, 2014).

Door de geleefde ervaringen van aios die geleid hebben tot het stoppen met de opleiding te beschrijven, is het mogelijk om inzicht te krijgen in de leefwereld van de aios en wat het voor hen heeft betekend om de opleiding cardiothoracale chirurgie te volgen. De RLA biedt ruimte aan de ervaringen zelf, in tegenstelling tot de reflectie op en ideeën

over deze ervaringen die doorgaans in kwalitatief empirisch onderzoek opgehaald worden (Dahlberg, 2008).

2.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De onderzoekseenheid bestaat uit alle aios die tussen 2018 en 2020 in Nederland zijn gestopt met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg. Het betreft vier aios en zij staan voor 10% van het totaal aantal aios cardiothoracale chirurgie. Deze vier aios zijn allemaal Nederlandse mannen, 30 jaar oud, gepromoveerd en in opleiding in een academisch medisch centrum.

2.4 Dataverzameling

De onderzoeker en de respondenten hebben elkaar leren kennen via de Juniorkamer van de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie, de beroepsvereniging van de cardiothoracale chirurgie. De onderzoeker heeft de respondenten telefonisch benaderd en gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. In het eerste telefoongesprek werd uitleg gegeven over het onderzoek. Voorafgaand aan het tweede gesprek werd nogmaals kort een toelichting gegeven en werd een zogeheten informed consent-formulier ondertekend. Vanwege de coronacrisis was het niet mogelijk met de respondenten persoonlijk af te spreken en werd het onderzoek middels videobellen uitgevoerd. Door middel van interviews is de leefwereld van de aios die gestopt zijn met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg onderzocht. Als vertrekpunt in het interview vertelde iedere aios hoe hij de opleiding heeft ervaren. Vanaf hier werd gekeken naar hoe het gesprek zich ontvouwd en werd getracht concrete voorbeelden of situaties te benoemen. In de dialoog werd geprobeerd de betekenis van een bepaalde ervaring te onderzoeken en hiermee het fenomeen te onthullen.

De interviews zijn weinig gestructureerd en vanuit een gelijkwaardigheid afgenomen. De gelijkwaardigheid tussen de onderzoeker en de respondenten werd onder andere gevormd doordat zowel de onderzoeker als de respondent aios zijn. Hierbij is het extra van belang dat de onderzoeker tijdens het onderzoek een open houding heeft met de ware bereidheid om te luisteren, te zien en te begrijpen (Dahlberg, 2008; Van der Meide 2014). Bridling werd toegepast om te voorkomen dat de eigen betekenissen van de onderzoeker in de data verwerkt zouden worden. Bij bridling worden opvattingen, waarderingen en verklaringen over de ervaring van de onderzoeker tussen haakjes

geplaatst (Leget, 2017). De interviews werden met toestemming van de respondenten getranscribeerd.

2.5 Data-analyse

Er is een beschrijvende analyse verricht die heeft geresulteerd in een aantal hoofdonderwerpen. Al lezend en schrijvend is een structuur met thema's ontstaan. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen drie verschillende lagen. De eerste laag bestaat uit thema's waarover de respondenten aan de oppervlakte hebben gesproken en wat vervolgens is geanalyseerd met RLA. De tweede laag is ontstaan door actief te wachten en te zoeken naar de betekenis, waarbij een open houding essentieel is. Uiteindelijk is gezocht naar de kern van de ervaring en dit is de derde laag. Door verschillende lagen aan te brengen, is getracht meer inzicht te krijgen in de structuur van het fenomeen om zo recht te doen aan de ervaringen van de aios.

Het proces van data-analyse werd gekenmerkt door een hermeneutische cirkel, waarbinnen dynamisch heen en weer werd bewogen tussen het geheel en delen van het geheel. Er zijn vier fasen in de analyse te onderscheiden waartussen heen en weer werd bewogen. In fase 1 werden de transcripten van de interviews meerdere keren gelezen. Individuele kenmerken van de respondenten werden niet meegenomen in de analyse, evenals de opvattingen van de onderzoeker. Door de transcripten meerdere keren te lezen, raakte de onderzoeker vertrouwd met de data. In de tweede fase werden betekenseenheden geïdentificeerd, waarbij codes werden toegekend in het computerprogramma Atlas.ti. Fase 3 kenmerkte zich door het clusteren van de betekenseenheden. Deze clusters gaven inzicht in patronen binnen de betekenissen. Gedurende fase 4 werd de essentie geformuleerd door de clusters met elkaar in verband te brengen. De essentie resulteerde in een aantal thema's.

Gedurende het onderzoek is een logboek bijgehouden waarin de onderzoeker associaties, gedachten en aantekeningen heeft opgeschreven. Op deze manier ontstond een focus op de betekenis van wat niet gezegd is in combinatie met de eigen kennis van de onderzoeker als aios. Door verbanden te leggen, ontstond op meta-niveau een analyse van de complexiteit die niet helemaal letterlijk terug te voeren is naar de transcripten van de interviews, maar die wel de essentie van de respondenten expliciet maakt.

2.6 Fasering

Alle fases van dit onderzoek overlappen met een andere fase. Er is constant heen en weer bewogen tussen theorie en empirie en daarnaast is voortdurend geschreven. De uren die de onderzoeker hieraan grofweg heeft besteed, staan weergegeven in de onderstaande tabel 1

Tabel 1: Fasering van het onderzoek

Afnemen interviews	tot 1-4-2020	10 u
Transcripten interviews	tot 1-6-2020	20 u
Analyseren (lezen van het datamateriaal)	tot 1-7-2020	25 u
Analyseren (identificeren/clusteren betekenseenheden)	tot 1-7-2020	60 u
Analyseren (formuleren van de essentie)	tot 1-7-2020	20 u
Theoretisch kader	tot 1-8-2020	150u
Discussie en conclusie	tot 10-8-2020	50 u
Schrijven van thesis	tot 15-8-2020	65 u
Contacturen begeleiding en aftrap bijeenkomst		20 u
Totaal		420u

2.7 Ethische overwegingen

Toestemming van de Medisch Ethische Toetsingscommissie is niet van toepassing, omdat dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen valt.

Gedurende dit onderzoek is getracht zoveel mogelijk recht te doen aan de privacy van de respondenten. Zo is voorlichting gegeven en instemming gevraagd. Met name de privacy van de respondenten is in dit onderzoek van belang, omdat zij zelf meermaals hebben gevraagd echt anoniem te blijven. De citaten mogen niet herleidbaar zijn tot een aios of tot een ziekenhuis. Respondenten konden controleren of de resultaten voldoende zijn geanonimiseerd. Zij konden daarnaast te allen tijde stoppen met het onderzoek.

Alle videobestanden en transcripten zijn opgeslagen op een beschermde schijf volgens het datamanagementbeleid van de Universiteit van Humanistiek. Deze data worden veilig bewaard om uiteindelijk vernietigd te worden.

Er is gepoogd een veilige en vertrouwde sfeer te creëren waarin het interview werd afgenomen. De gesprekken zijn zo open mogelijk en met een nieuwsgierige houding

gevoerd. Er is geprobeerd zo min mogelijk suggestieve vragen te stellen, maar wel de situaties te benoemen die herkenbaar zijn voor de onderzoeker om zo duidelijkheid en veiligheid te creëren bij de respondent.

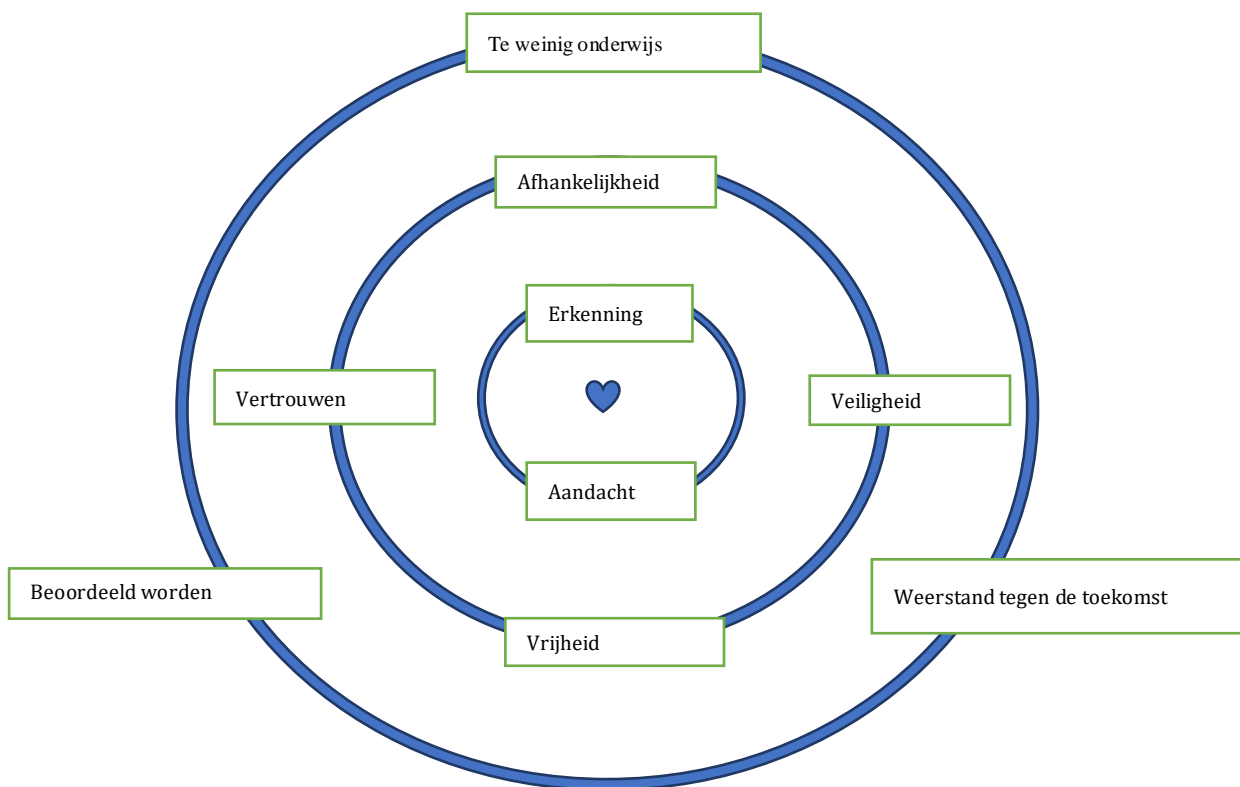
3. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het empirisch onderzoek gepresenteerd aan de hand van de eerste deelvraag:

Wat is de geleefde ervaring van aios, die gestopt zijn met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg, met betrekking tot de opleiding?

Het hoofdstuk is ingedeeld in vier paragrafen die gebaseerd zijn op de ervaringen die het meest aan de oppervlakte liggen wanneer de respondenten over hun werk praten. De eerste paragraaf gaat over te weinig onderwijs krijgen, de tweede over beoordeeld worden en in de derde paragraaf uiten zij hun zorgen over de toekomst. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie.

Deze onderwerpen alleen doen onvoldoende recht aan de gelaagdheid van de ervaringen. Vanuit actieve passiviteit is gedurende de analyse de tweede laag ontstaan. Deze tweede laag wordt beschreven binnen de vier paragrafen. Hierbij komen met name afhankelijkheid en de behoefte aan vertrouwen, verantwoordelijkheid, veiligheid en vrijheid aan bod. De oppervlakkige laag en de tweede laag leiden naar de binnenste laag en het hart van de ervaring: het missen van erkenning en aandacht. Hierop wordt teruggekomen in de conclusie van dit hoofdstuk. Alle lagen en dat wat deze lagen bevatten, kunnen niet los van elkaar worden gezien en overlappen en beïnvloeden elkaar. De gelaagdheid wordt weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 1; gelaagdheid van de geleefde ervaringen van aios

3.1 Te weinig onderwijs momenten

De aios hebben het gevoel dat zij gedurende de zesjarige opleiding tot cardiothoracaal chirurg zelf zo veel mogelijk onderwijsmomenten moeten creëren, zodat zij uiteindelijk zelfstandig hart- en longoperaties kunnen uitvoeren. Hierbij kan worden gedacht aan het verwijderen van een longkwab, omleidingen bij de kransslagaders of een vervanging van de hartklep.

Afhankelijkheid

Om een goede chirurg te kunnen worden, moet de aios zo vaak mogelijk aanwezig zijn op de operatiekamer. Hiervoor is de aios afhankelijk van de eigen agenda in combinatie met de planning van de operaties. Van de aios wordt verwacht altijd op het juiste moment op de juiste plaats aanwezig te zijn, met het gevolg dat een aios weinig vakantiedagen opneemt en de diensten te weinig compenseert. Wanneer het niet lukt

om aanwezig te zijn, wordt de aios daar op aangekeken. In verband met het bovenstaande is het ook moeilijk voor een aios bij de cardiothoracale chirurgie om parttime te werken. De aios kan dan namelijk niet altijd aanwezig zijn in het ziekenhuis en kan zo opleidingsmomenten missen. Parttime werken is dan ook niet gangbaar bij de cardiothoracale chirurgie, terwijl hier wel behoefte aan is. Door de druk vanuit het ziekenhuis om aanwezig te zijn, komt de werk-privébalans in het geding.

Respondent 4 (R4): Je bent vroeg weg, als iedereen nog slaapt en je komt 's avonds thuis als iedereen weer slaapt. Ik maakte gewoon geen deel meer uit van het gezin, als vader. Mijn partner moest het allemaal zelf doen. Ons kindje was gewoon heel moeilijk, in het eerste jaar met name, dus ik voelde wel de noodzaak om minder te werken. Ik wist wel: ik ga dit niet nog jaren volhouden. Ik wil gewoon gelukkig zijn, want dan ben ik ook waarschijnlijk een betere assistent, leer ik meer, dan ben ik scherper en dus voor mezelf was het wel duidelijk, maar ik vond het moeilijk om dat aan te kaarten.

Wanneer de aios aanwezig is op de operatiekamer, is deze afhankelijk van de chirurg die hem moet opleiden. De aios krijgt het idee dat de zorg voor de patiënt meer prioriteit heeft dan het opleiden van de aios. Dit wordt ook begrepen, omdat het de primaire taak van een chirurg is om patiëntenzorg te leveren. De chirurg moet met veel verantwoordelijkheid de operaties uitvoeren, gezien de kans op grote complicaties zoals een hersenbloeding of herseninfarct en overlijden. Het is moeilijk om in deze situatie werk uit handen te geven en het geven van onderwijs lijkt daarmee voor de chirurg een randtaak te zijn. Doordat de aios bepaalde handelingen wil leren, ontstaat er een conflict tussen het doel van de chirurg en het doel van de aios, waarbij de aios het gevoel krijgt bij de chirurg te moeten smeken om iets te mogen doen.

Respondent 3 (R3): Uiteindelijk moeten we wel opgeleid worden, ik vond dat wel frustrerend. Ik mocht niet eens een sternotomie doen. Dan was er weer een excuus, zoals: dit is een jonge patiënt, ik wil zeker weten dat dit goed gaat. En dan dacht ik: kom op man, het is gewoon een zaag door een bot en het is echt niet zo dat ik iemand vermink, ik ben geen mongool. Maar zo zagen zij dat wel een beetje en dan dacht ik: het zal wel. Ik had er een enorme pesthekel aan dat je altijd moest gaan smeken of je bepaalde dingen mocht doen.

Het interne conflict bij de chirurg tussen het leveren van zorg aan de patiënt en het geven van onderwijs aan de aios voert nog verder. Doordat de chirurg meer aandacht heeft voor het eigen werk en het leveren van zorg aan de patiënt, krijgen de aios zoals gezegd minder onderwijs. Het komt echter ook voor dat de aios worden ingezet als veredeld hulpje van de chirurg, waarbij zij taken moeten uitvoeren die hen worden opgedragen. Dit gaat ten koste van het onderwijs, maar staat wel in dienst van de chirurg en de patiënt.

Respondent 1 (R1): Je staat wel altijd op OK, maar ik heb zo de eerste maanden bijna alleen maar venen staan halen voor die gast uit Saudi-Arabië en dan stond ik een beetje mee te kijken hoe hij een mammaria deed.¹

Wanneer het niet lukt om voldoende onderwijsmomenten te vergaren, wordt dit aangegeven bij de opleidingsgroep. De opleidingsgroep bestaat uit alle chirurgen die de aios moeten opleiden. Deze groep erkent het probleem vaak niet, waardoor de aios zich niet gehoord voelt.

R1: Ik trok mijn mond ook open als ik gewoon maanden niks deed, maar het 'assistentje van' was en als dat ten koste ging van mijn opleiding. Als je dan in de overdracht hele mooie grafieken hebt gemaakt, ik heb er echt veel werk in gezet, als dan gezegd wordt: nu moet je ophouden, ja, dan ben je uitgeluld hè. Ze zeggen: je opleiding maak jezelf. Maar ja, als je je mond dan opentrekt en je kop eraf gaat, is het ook niet leuk.

Veiligheid

Bovenstaande opmerking illustreert ook het opleidingsklimaat waarin de aios zich niet altijd veilig voelt. Formeel is de aios samen met de opleidingsgroep verantwoordelijk voor de vormgeving van de opleiding. Echter, aios ervaren dit in de praktijk anders. Zij hebben het idee alleen de verantwoordelijkheid voor het creëren van voldoende onderwijsmomenten te moeten dragen en missen draagvlak bij de opleidingsgroep om opgeleid te worden. Er is behoefte aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de

¹ Tijdens een hartoperatie kunnen omleidingen worden gemaakt. Een vene is een ader die voor de omleidingen wordt gebruikt. De mammaria is de borstslagader die ook voor omleidingen wordt gebruikt.

opleiding die wordt vastgelegd in een duidelijk plan. In het plan zou onder andere een route moeten worden uitgestippeld en vermeld moeten worden wat nodig is om het doel te behalen. De aios wordt hierin erkend in zijn rol als arts in opleiding en verwacht te kunnen werken in een veilige werkomgeving, doordat zijn rechten duidelijk zijn vastgelegd. Doordat het moeilijk is om dit te verwezenlijken en stafleden hier de noodzaak niet van inzien, voelt de aios zich niet serieus genomen als assistent in opleiding tot hartchirurg. Dit leidt tot onrust en frustratie.

Respondent 2 (R2): Waarom kunnen we de planning niet gewoon afspreken? Dat heb ik wel nog deels in mijn hoofd gehad. Maar inmiddels had ik er gewoon zo'n rotgevoel bij en toen dacht ik ook: ik kan ook wel wat anders doen met mijn leven.

Vertrouwen

Volgens de aios heeft de chirurg meestal alleen vertrouwen in zijn eigen manier van werken. Deze manier van werken moet gekopieerd worden en iets anders wordt niet toegestaan. Omdat er alleen vertrouwen is in de eigen manier is het moeilijk om een ander vertrouwen te geven en worden taken niet uit handen gegeven. Wanneer deze gewoonte wordt vergeleken met de algemene heekunde wordt het gemis aan vertrouwen duidelijk.

R2: Ik vond het eigenlijk wel fijn dat ik tijdelijk naar de algemene heekunde ging, waar je wel gewoon veel vertrouwen kreeg. De vaatchirurgen vonden dat je al goed kon opereren: "wat goed!". Je werd ook direct gecoacht als je een patch of zo inhecht of als je een carotis desobstructie uitvoert en dat was eigenlijk heel erg prettig. Bij de hartchirurgie heb ik dat nooit echt meegemaakt. Nee, het is gewoon totdat het fout gaat en dan krijg je gezeik. (...) Vertrouwen winnen, het systeem gaat er van uit wat je niet kunt in plaats van wat je wel kunt.

Doordat er weinig vertrouwen werd gevoeld van de opleidingsgroep is het moeilijk om vertrouwen te krijgen in het eigen kunnen.

R1: Je leert iets als je een stukje opleiding krijgt en iemand tegenover je staat die je het idee laat hebben dat je iets kan en dat je geleidelijk de moeilijkheidsgraad opvoert. En dat, dat had ik bij de cardiochirurgie helemaal niet.

R3: Je kan soms een beetje snel negatief gaan denken in deze wereld waar complimenten nooit worden uitgedeeld, zeg maar.

Vrijheid

Op dit moment bestaat de opleiding tot cardiothoracaal chirurg met name uit klinische werkzaamheden. Al het werk dat daarnaast wordt verricht, gebeurt in de eigen tijd. De aios hebben wel de indruk dat deze extra taken nodig zijn voor de eigen ontwikkeling of om het vak naar een hoger niveau te brengen. Aios vinden het demotiverend om steeds in de eigen tijd extra te moeten werken. Er wordt een sfeer gecreëerd waarin mensen geen zin meer hebben om extra werk te verrichten. De aios hebben behoefte aan vrijheid en ruimte, zodat ze aandacht kunnen geven aan andere gebieden om zichzelf te ontplooien met als doel een betere cardiothoracaal chirurg te worden.

R3: Ik denk dat het wel belangrijk is dat ze soms wat meer vrijheid kunnen geven. Het gaat er nu alleen maar om: opereren, opereren, opereren. Het gaat er bij mij gewoon niet in, sorry, maar dat begrijp ik gewoon echt niet. Ik kan niet overtuigd worden dat je met vijf dagen opereren daadwerkelijk een betere chirurg wordt dan met vier dagen opereren. Het gaat er niet eens zozeer om, tuurlijk moet je veel opereren, maar het gaat echt niet alleen maar om dat je opereert, het gaat ook om het totaalplaatje. (...) En op het moment als je de ruimte niet krijgt om je te ontwikkelen, dan zeg je dus: dan regel ik het wel ergens anders. Zo is het voor mij. Als het anders ingedeeld was, of als het flexibeler was geweest om ook nog dingen te doen die ik niet alleen leuk vond, maar ook daadwerkelijk het vakgebied verder brachten dat is natuurlijk een no-brainer. Als ik een hoofd van een afdeling zou zijn, dan zou ik alles doen om die persoon tevreden te houden.

Ook voor persoonlijke ontwikkeling is geen ruimte. Dit wordt als niet-relevant gezien voor een cardiothoracaal chirurg, terwijl de aios verwacht hier een betere arts van te worden.

R2: Ik wil heel graag een betere balans tussen werk en privé en ik ben daarmee bezig. Ik zou daar graag een coach in willen hebben, maar dat kon niet, dat moest ik zelf regelen, terwijl ik dacht: dat zit wel in de opleidingspot. Dat vond ik niet prettig.

Te weinig onderwijsmomenten

Aios hebben het idee alleen de verantwoordelijk te moeten dragen voor het creëren van onderwijsmomenten. Zij zijn hierbij erg afhankelijk van de opleidingsgroep en het gestelde vertrouwen. Zij voelen zich niet erkend als assistenten in opleiding tot hartchirurg die aandacht nodig hebben om zich te kunnen ontwikkelen. Hiernaast hebben zij het idee dat het gegeven onderwijs inhoudelijk tekortschiet, doordat zij niet erkend worden als personen die behoefte hebben aan vrijheid voor een verdere zelfontwikkeling; dit in de overtuiging dat het bijdraagt aan de ontwikkeling tot een complete hartchirurg die betere zorg kan leveren.

3.2 Constant beoordeeld worden

Aios hebben constant het gevoel dat zij beoordeeld worden. Dit is met name informeel, waarbij chirurgen een mening over de aios vormen, maar ook formeel volgens het opleidingsplan. Volgens dit plan wordt een aios niet alleen op het chirurgische vlak, maar ook op het gebied van attitude, wetenschap, zelfmanagement, professioneel gedrag en communicatie beoordeeld. Het gevoel om constant beoordeeld te worden, leidt tot het vertonen van gewenst gedrag en het gevoel hebben niet te mogen falen.

Afhankelijk

Voor alle beoordelingen is de aios afhankelijk van de opleidingsgroep. Die bepaalt of een aios voldoet aan de gestelde criteria en of de opleiding voortgezet kan worden. De opleidingsgroep neemt een passieve houding aan en de aios moet steeds zelf achter formele beoordelingen aan. Dit wordt als vervelend ervaren, omdat de aios zich niet erkend voelt.

R2: Bij de heilkunde was het anders, dan had je wat gedaan en was het: "Kom, we gaan even een praktijkbeoordeling invullen, hier doen we even een chirurgische beoordeling". Dat was veel gebruikelijker dan bij de thoraxchirurgie. Daar moet je er zelf achteraan. Proactief vanuit een opleidingsgroep daarmee bezig zijn, dat vond ik een groot verschil tussen de heilkunde en thoraxchirurgie. Je hebt toch het gevoel dat ze veel meer echt met jou bezig zijn.

De aios wil graag goede beoordelingen krijgen, zodat er geen wrijving ontstaat met de chirurgen. Hierdoor gaat de aios gewenst gedrag vertonen. Een respondent beschrijft het als volgt:

R3: Ik had altijd het gevoel: je moet een beetje de ideale schoonzoon zijn voor heel lang. Zeg maar als je iets gevraagd wordt, dan moet je zeggen ja en amen. Want dat is iets wat onderschat wordt, je bent in een extreem afhankelijke positie van je staf. Want als jij, zeg maar, mot krijgt met iemand uit de staf, dan heb je echt een kut-opleiding. Dan krijg je dus niks gedaan en dan wordt alle ellende je in de schoenen geschoven en dat zie je dus ook wel.

Om problemen met de opleidingsgroep te voorkomen, cijfert de aios zichzelf weg en worden er taken verricht die voor de opleiding niet van toegevoegde waarde zijn, maar wel nodig zijn om de stafleden tevreden te houden.

R3: Ik kwam terug van de heilkunde en toen moest ik stages doen bij de cardiologie en toen begon het een beetje. Begon de shit een beetje. Toen was het weer... ik deed een stage bij de cardiologie, maar er werd mij eigenlijk iedere dag gevraagd: "We hebben iemand nodig die een vene wil halen, dus kan je even hier komen"

Veiligheid

De beoordelingen die worden gegeven, worden door de aios als vervelend en negatief ervaren. Hiernaast kunnen beoordelingen ongefundeerd overkomen. De aios heeft het gevoel nooit het voordeel van de twijfel te krijgen, hetgeen zorgt voor een onveilig opleidingsklimaat.

R2: Ik had dus het idee dat ik altijd eigenlijk alles al moest weten en kunnen, terwijl ik dat eigenlijk nog niet kon. (...) Het is gewoon totdat het fout gaat, dan krijg je gezeik

Wanneer een aios niet aan de eisen voldoet, wordt een intensief beoordelingstraject opgestart. Dit kan als consequentie hebben dat, als er geen verbetering wordt waargenomen, de opleiding wordt gestopt. Een gevoel van machteloosheid ontstaat wanneer dit traject onterecht wordt opgezet. Het intensieve beoordelingstraject wordt ervaren als het constant moeten spelen van een finale: "Het is do or die". Dit zorgt voor

een verhoging van de werkdruk, met als gevolg dat het moeilijker wordt om goed te presteren en de angst om te falen groter wordt.

R1: Ik werd echt in een intensief beoordelingstraject gestopt. Waar ik nooit had gedacht in te komen, want het sloeg nergens op, want de meeste dingen die ik als verwijt kreeg, dat waren allemaal dingen die ik al eerder had aangegeven. (...) En toen waren die laatste drie maanden van mijn opleiding in het eerste jaar, die waren echt heel stressvol. Elke dag had je het idee alsof je een finale moest spelen. En dat was gewoon dat je er ook gewoon uitgetrapt kon worden.

De aios moet eens per jaar de opleidingsgroep beoordelen. Om zo bijvoorbeeld te controleren of de opleiding voldoet aan de eisen, zoals een veilig opleidingsklimaat. Omdat de angst bestaat dat de beoordeling niet eerlijk wordt ingevuld, is de vragenlijst anoniem. In een kleine opleidingsgroep is een anonieme vragenlijst echter niet mogelijk. Toch wordt ervoor gekozen de vragenlijst in te zetten, met als gevolg dat de aios gewenste antwoorden geeft. De aios voelt zich namelijk niet veilig om eerlijk de mening te uiten.

R1: De opleider zei: "Eigenlijk is hij niet geschikt, maar we hebben zo'n veilig opleidingsklimaat. Dat kan je wel invullen". En uiteindelijk, dan vul je het in en dan denk je bij heel veel dingetjes: is het hier aan de orde? Nee, dan doe ik maar neutraal. Ben niet te negatief. Maar dan krijg ik via via wel weer voor mijn voeten geworpen dat er neutraal stond ja, dat dan weer bij het leerhuis van het ziekenhuis vraagtekens had opgeroepen.

Vertrouwen

Door de negatieve sfeer waarin beoordelingen worden gegeven, ontstaat een vicieuze cirkel. De aios is gespannen op het werk en kan hierdoor minder goed opereren, wat vervolgens leidt tot slechtere beoordelingen. Het wordt als zwaar ervaren om binnen dit klimaat te werken. Het gevoel dat je niet goed genoeg bent, komt bovendrijven.

R2: Ik functioneer gewoon prima in de kliniek, waarom wordt hier zo moeilijk over gedaan? Misschien ook een beetje... ik dacht van: hmmm is het niet goed ofzo?

Vrijheid

De aios wil het vertrouwen van de opleidingsgroep niet beschamen. Hierdoor ontstaat een cultuur waarin de aios niet open en vrij kan bewegen. Onderstaand citaat illustreert dit.

R4: Ik kan me best wel doorheen manoeuvreren, maar het kost me wel energie of zo. Ik denk dan wel: oh, wat zou die chirurg ervan vinden dat ik met een andere chirurg dit doe. Je denkt de hele tijd: wat zou die daarvan vinden als ik zus en zo en dat, dat kost me wel energie.

Hiernaast kan de aios niet vrij de behoefte uiten ook andere dingen te willen doen dan opereren, omdat hij bang is gedemotiveerd over te komen.

R4: Het klinkt alsof ik totaal niet ambitieus ben. Ik wil echt wel gewoon een goede chirurg worden, maar ik wil ook wel wat meer, zeg maar. Ik wil ook nog, ja, mijn kinderen zien opgroeien en af en toe sporten of vrienden zien. En ik vind dat gewoon moeilijk of zo.

Het verlies aan vrijheid en veiligheid om een mening te uiten, vindt niet alleen plaats in de context van de opleiding, maar ook in de context van het verlenen van zorg aan een patiënt. Wanneer zich een complicatie voordoet, komt de medisch specialist onder verhoogde druk te staan. Deze is bang dat de complicatie persoonlijk aan te rekenen is en wil op de assistent vertrouwen dat deze de medisch specialist niet gaat ondermijnen. De aios ervaart geen open cultuur waarin hij vrij kan praten over deze complicatie.

R1: Toen zei ze: "Ik baal natuurlijk dat de patiënt overleden was. Maar ja, wat ik wel zei tegen mijn man toen ik thuiskwam: ik ben zo goed geassisteerd". Met andere woorden: houd je bek dicht. En ja, dat was voor mij al zo'n ervaring.

Constant beoordeeld worden

Doordat de aios het gevoel hebben constant op alle vlakken beoordeeld te worden, vertonen zij gewenst gedrag. Zij hebben het gevoel niet zichzelf te kunnen zijn en dat ze niet gewaardeerd worden voor de persoon die ze zijn. Zij missen het om op een aandachtige manier beoordeeld te worden, met oog voor wie zij zijn en in de juiste

context. De beoordelingen die nu worden gegeven, zijn onveilig, waardoor het gevoel ontstaat dat de aios faalt. De aios raakt hierdoor gespannen en verliest het zelfvertrouwen.

3.3 Weerstand tegen de toekomst

Het beeld voor de toekomst hebben de aios gevormd door te kijken naar de chirurgen en hoe deze door het leven zijn gegaan. De chirurgen hebben hun leven ingericht rond hun werkzaamheden in het ziekenhuis. Dit wordt door de aios als beklemmend ervaren en daarnaast wordt het uitvoeren van het vak als eentonig gezien.

Afhankelijkheid

Medisch specialisten in de staf zijn afhankelijk van elkaar. Het dienstrooster moet worden gevuld en hiermee wordt de specialist afhankelijk van de andere specialisten als het gaat om wanneer hij weg kan gaan.

R4: Omdat dit zou betekenen dat wanneer een cardiothoracaal chirurg ruimte krijgt om naar een congres te gaan, de andere artsen meer diensten moeten uitvoeren.

Hierover voelen de aios zich bezwaard en dit houdt in stand dat ook in de toekomst alle extra activiteiten in de eigen tijd worden uitgevoerd.

Er bestaat ook een afhankelijkheid van de patiënten. Een patiënt met een hartinfarct moet geholpen worden. Een chirurg staat in dienst van de patiëntenzorg. Het gevoel om altijd maar beschikbaar te moeten zijn, wekt weerstand op.

R4 Bij sommige chirurgen dacht ik wel: ja, jij leeft echt voor dit vak. Je kan iedere minuut van je leven gebeld worden en hier staan en het is echt ergens heel mooi als je dat hebt, maar ik wist ik wel voor mezelf van: ja, ik denk niet dat ik ooit mijn werk echt op nummer één, twee en drie in mijn leven zou zetten.

Veiligheid

Hoe stafleden met elkaar omgaan, is voor de aios een schrikbeeld. Wanneer stafleden met elkaar in conflict komen, bijvoorbeeld over welke operaties ze mogen uitvoeren,

dan verdwijnt ook de onderlinge steun. Dit kan grote gevolgen hebben, zoals op non-actief gesteld worden.

R4: En wat achteraf denk ik ook een beetje in mijn kop heeft gespeeld, zijn die paar stafleden die op non-actief zijn gezet in drie jaar tijd. Ik dacht: Jezus, als dit de werkcultuur is, als je een fout maakt bij cabg-patiënt en je kan er gewoon een soort van landelijk bijna uit liggen...

Hiernaast wordt het vak als solistisch ervaren. De stafleden zijn niet collegiaal naar elkaar toe en het lijkt alsof ze voornamelijk met zichzelf bezig zijn. Dit maakt de werksfeer onveilig. Wat mist is het gevoel om in een team te werken, met een gedeelde verantwoordelijkheid. Een team is nodig om beter te presteren.

R1: Eén ding wat ik ook van de hartchirurgie vervelend vond, wat ik in de algemene chirurgie wel heel erg terugvond, was de 'team effort'. Ik ben een teamspeler. (...) ik kwam tot de conclusie dat het een heel solistisch vak was, maar ook wel heel solistisch werd gehouden. Omdat de hartchirurgen zich ook al belangrijker maakten dan, zo voelde het soms, dan dat ze waren. Want zonder goede anesthesist en zonder goede perfusionist maakte je er ook niks van. Ja dat. Team effort.

De aios zijn wantrouwig over de toekomst en of de omgangsnormen zullen veranderen. Doordat het systeem met te weinig artsen en te veel diensten zal blijven bestaan, zal de cultuur ook niet snel veranderen, zo verwachten de aios.

R3: Ik geloof niet dat het anders wordt. Ik denk dat het allemaal hetzelfde blijft, want de jonge mensen die nu in de staf komen, die worden ook gewoon verneukt door die oudere gasten en die zijn op een gegeven moment ook gewoon klaar. Ze hebben er dan ook geen zin meer in, zegt die ook van: oh yes, eindelijk iemand die onder mij zit nu, op wie ik alle shit kan afschuiven.

Vertrouwen

De aios twijfelen of zij in de toekomst gelukkig kunnen worden van het vak. Wanneer zij naar de huidige stafleden kijken, krijgen zij geen vertrouwen in een gelukkige toekomst.

R3: En ik zag ook wel gewoon die, die bazen bij ons. Als ik zie hoe die gasten door het leven gingen, dan dacht ik echt: zo wil ik dat niet. Dat hoeft van mij niet. Ik hoef niet gescheiden te zijn, en zo met je ziel onder je arm door het ziekenhuis te slenteren.

R4: Die chirurg zag ik echt zo diepgaan, zeg maar, en dat ook zelfs op die leeftijd dat ik echt dacht: Jezus, eh, dat wil ik zeker niet en ik zou liever dan chirurg willen zijn, die wel zeker gewoon veel opereert, maar die ook nog dingen uit handen kan geven, of die ook wat ehm, ja, wat beter op zichzelf kan. Dat je niet echt ten onder gaat aan het vak.

Vrijheid

Cardiothoracale chirurgie wordt steeds specialistischer. De chirurg specialiseert zich in een specifieke operatie die hij vaker uit zal moeten voeren. Er is geen ruimte voor andere activiteiten die wel van toegevoegde waarde voor het vak worden gezien, zoals meer patiëntencontact, onderzoek en innovaties, maar ook de balans werk en privé. Het idee steeds dezelfde operatie te moeten uitvoeren, wordt door de aios eentonig en beklemmend bevonden.

R4: Gewoon een machine zijn, je moet er niet meer bij nadenken, je moet gewoon doorwerken en als een machine te werk gaan. En toen dacht ik alleen maar: ik wil helemaal geen machine zijn.

De toekomst wekt weerstand op

Wanneer de aios naar een toekomst als cardiothoracale chirurg kijken, hebben zij het idee niet gelukkig te worden. Zij kunnen zich niet identificeren met de huidige chirurgen en voelen geen ruimte voor hun eigen identiteit. Steeds weer dezelfde operatie uitvoeren, zonder enige ruimte voor eigen invulling, wordt als beklemmend ervaren. Ook het werken in een onveilig werkklimaat met een grote afhankelijkheid van de college cardiothoracaal chirurgen geeft onrust.

3.4 Conclusie

R3: Ik heb opereren nooit niet leuk gevonden. Dat moet ik er nog wel bij zeggen. Het was nooit zo dat ik dacht: uhm, ik wil niet opereren. Het is meer dat gewoon, overall gezien, het totaalplaatje van de thoraxchirurg me gewoon niet aan stond.

De geleefde ervaring van aios is gelaagd (figuur 1, p17). In de eerste laag vertellen de aios over het gevoel dat zij alleen verantwoordelijk zijn voor het creëren van onderwijs momenten, daarnaast hebben zij het gevoel constant beoordeeld te worden en voelen zij weerstand tegen de toekomst. De onderliggende waarden die voor de aios in het geding zijn worden weergegeven in de tweede laag. De aios merken dat zij afhankelijk zijn en zij missen vertrouwen, veiligheid en vrijheid. De derde laag is ontstaan door op meta-niveau de data te analyseren en zo ontstaat er een focus op wat niet is gezegd in combinatie met de eigen kennis van de onderzoeker als aios. Deze laag is niet letterlijk terug te voeren op de transcripten van de interviews maar maakt wel de essentie van de respondenten expliciet. De derde laag geeft de behoefte weer van de aios. Zij hebben behoefte aan aandacht en erkenning. Zij willen graag serieus worden genomen in hun taak opgeleid te worden om goede zorg te kunnen verlenen in de toekomst. Echter, onderwijs lijkt een randtaak lijkt te zijn voor de medisch specialisten. Die lijken namelijk als primaire taak de levering van patiëntenzorg te hebben. Het gevolg is dat er te weinig onderwijsmomenten worden gecreëerd en te weinig constructieve beoordelingen worden gegeven. Dit leidt tot het tonen van gewenst gedrag, waarbij de aios zichzelf wegcijfert. De aios voelen zich miskend en moet leren in een omgeving waarin vertrouwen, veiligheid en vrijheid missen. Hiernaast voelen aios zich niet erkend in wie zij zijn. Er is geen aandacht voor de context van een aios en dat leidt tot veel onbegrip. De aios is vader, vriend en collega en kan niet worden gezien als iemand die alleen bestaat om opgeleid te worden tot hartchirurg. Het idee dat een aios in de toekomst alleen chirurg kan zijn zonder ruimte voor andere zaken is beklemmend. Ook mist er waardering voor wat een aios wel kan of reeds gepresteerd heeft, zoals een promotieonderzoek.

Een arts die nog moet leren en nog niet alle facetten van het vak in de vingers heeft, heeft aandacht nodig om zich te kunnen ontwikkelen op meerdere gebieden. Deze

behoefte wordt niet herkend. Wanneer de aios aandachtig erkent kan worden in zijn gehele context, dan kan vanuit de binnenste laag weer naar de oppervlakkige laag bewogen worden. Zij denken dat wanneer hun hulpvraag wordt gezien, dat er dan een veilig opleidingsklimaat kan ontstaan, waarin vertrouwen wordt gegeven Er zal meer oog zijn voor de behoefte aan vrijheid die de aios graag willen. Wanneer dit opleidingsklimaat ontstaat zullen er meer onderwijsmomenten volgen, worden zij op een juiste manier beoordeeld en zal hun weerstand tegen de toekomst afnemen.

4. Theoretisch kader

Uit het empirisch onderzoek komt met name naar voren dat de aios zich niet erkend voelen als een persoon met verschillende hoedanigheden en dat zij aandacht missen voor hun hulpvraag, namelijk opgeleid worden met de taken die daarbij horen zoals onderwijs geven en beoordeeld worden. In het theoretisch kader worden de empirische bevindingen nader bekeken met behulp van de zorgethische literatuur, waarbij de nadruk wordt gelegd op zorgethische concepten zoals zorg, praktijk, aandacht en erkenning. In dit hoofdstuk wordt de tweede deelvraag beantwoord.

Welke zorgethische inzichten zijn er te formuleren met betrekking tot het opleiden in zorgpraktijken?

Als eerste wordt zorgethiek beschreven aan de hand van de vier fasen van zorg, zoals beschreven door Tronto. Hierna wordt ingegaan op de specifieke situatie in deze onderzoeksvraag, namelijk het opleiden in een zorgpraktijk zoals een ziekenhuis. Vervolgens wordt een koppeling gemaakt naar welke ethische elementen in het empirisch onderzoek het meest naar voren zijn gekomen.

4.1 Zorgethiek

Zorgethiek is een interdisciplinaire vorm van ethiek en wordt gedreven door maatschappelijke kwesties en vraagstukken. De Utrechtse zorgethiek begint in de praktijk bij gedetailleerde belichaamde alledaagse ervaringen die zijn ingebed in een sociale en politieke context. Om te bepalen wat goede zorg is in een specifieke situatie worden interdisciplinaire discussies binnen de zorgethiek en verschillende vormen van empirisch onderzoek met elkaar gecombineerd (Leget, 2017).

Tronto's *political ethics* wordt in dit onderzoek gebruikt als een theoretisch normatief raamwerk, waarin wordt gekeken naar hoe dingen zouden moeten zijn en naar de waarden die ten grondslag liggen aan praktijken en het gevoerde beleid (Robinson, 1997). Anders dan zorgethici zoals Nodding (2002), Ruddick (1989) of Gilligan (1982) werkt Tronto uit dat zorg niet alleen plaatsvindt binnen een familie of in een dyadische relatie, maar dat zorg ook een publieke en politieke aangelegenheid is. Tronto beschrijft zorg als volgt:

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. That world includes our bodies, ourselves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex life-sustaining web (Tronto, 1993)

Zorg wordt door Tronto gezien als een sociale en politieke praktijk waarin mensen zich constant aanpassen aan anderen en aan zichzelf, met als doel de wereld waarin geleefd wordt zo goed mogelijk te handhaven, te continueren of te repareren (Tronto, 1993). Een kernbegrip binnen zorgethiek is relationaliteit, waarbij mensen in iedere fase van hun leven afhankelijk van anderen zijn en daarmee wordt het 'ik-red-mezelf-denken' gerelativeerd (van Heijst, 2008).

Tronto beschrijft in *Moral Boundaries* (1993) de vier fasen van zorg die gerelateerd zijn aan vier ethische elementen. De eerste fase van zorg die wordt beschreven, is '*Care about*' en omvat het herkennen van de behoefte van de ander. Hierbij is het van belang om te erkennen dat de context van de ander verschilt op zowel economisch, sociaal als cultureel niveau, maar ook dat de ander een andere geschiedenis heeft met andere aannames en meningen. Dit wordt door Young asymmetrische reciprociteit genoemd (1997) Deze eerste fase wordt gekenmerkt door het ethische element aandachtig zijn, wat in een dialoog bereikt kan worden.

De tweede fase is '*Take care of*', waarin de verantwoordelijkheid wordt genomen de gevraagde zorg te leveren. Hierbij wordt beoordeeld hoe gereageerd kan worden op de vraag. Het nemen van deze verantwoordelijkheid omvat een soort onderhandelingsproces over de acties die genomen moeten en kunnen worden om de behoefte te beantwoorden (Barnes, 2012).

Fase drie wordt '*Caregiving*' genoemd en gaat over het daadwerkelijk leveren van zorg. Tronto beschrijft dat wanneer zorg wordt herkend en verantwoordelijkheid wordt genomen, dit nog niet betekent dat de zorgvraag kan worden beantwoord. Hiervoor is het nodig om competente zorg te kunnen leveren.

De laatste fase is '*Care receiving*', waarin de zorgontvanger kan reageren op de zorg die wordt gegeven. Voor zorgontvangers is het soms lastig om te reageren op de geleverde zorg, omdat zij in een afhankelijke en kwetsbare positie verkeren. Het is hierdoor van

belang dat zorgverleners openstaan voor de reactie van zorgontvangers en zich bewust zijn van de mogelijkheid dat misbruik gemaakt kan worden van de zorgontvangers (Tronto, 1993).

Goede zorg kan worden geleverd als deze vier fasen met hun vier ethische elementen worden geïmplementeerd (Tronto, 1993). Hierbij gelden de twee kenvoorwaarden van de zorgethiek. Namelijk dat ten eerste zorg relationeel is, waarbij personen, gemeenschappen en organisaties onderling afhankelijk zijn van elkaar (Held, 2007; Van Heijst, 2011) en ten tweede dat zorg altijd context gebonden en specifiek voor een situatie is (Tronto, 1993).

4.2. Onderwijs als zorgpraktijk

Zorg wordt volgens Tronto gezien als een activiteit die alles omvat wat we doen om de wereld in stand te houden, te onderhouden of te repareren. Met als doel dat we hier zo goed mogelijk in kunnen leven. Deze ruime definitie wordt door Tronto begrenst, waarbij zij aangeeft dat het niet gaat om activiteiten die alleen op plezier of op creativiteit gericht zijn, ook niet om activiteiten die om productie of destructie gaan. Het gaat om activiteiten waarin de behoefte van de ander als uitgangspunt worden genomen. Bijvoorbeeld; de bloeddruk kan worden gemeten vanuit een zorgende houding, maar ook omdat het opdragen is om te doen (Tronto, 1993). Vanuit dit oogpunt kan de relationele kijk op zorg van Tronto ook worden toegepast op het onderwijs. Binnen het onderwijs wordt de behoefte van de leerlingen als uitgangspunt genomen en hierop gehandeld, met als doel de wereld te kunnen onderhouden of te kunnen verbeteren. Onderwijs kan op deze manier worden gezien als zorgpraktijk. Onderwijs heeft in onze samenleving een neoliberale grondslag waarbij kwaliteit met name beoordeeld wordt op efficiëntie, meetbare resultaten en individualisme. Dit brengt voor docenten een aantal verantwoordelijkheden met zich mee. Ze zijn verantwoordelijk voor het onderwijzen van studenten, het toekomstig succes van leerlingen, de effectiviteit tijdens het onderwijs en goede resultaten op kwaliteitsbeoordelingen. Zorgethische aspecten zoals relationaliteit en menselijke interacties worden niet meegenomen in de beoordeling van kwaliteit. Noddings wijst op het gevaar van het huidige onderwijssysteem waarin studenten veranderen in nummers. Zij pleit voor het onderwijzen van de gehele persoon door een volledig onderwijsprogramma aan te

bieden waar de student behoefte aan heeft. Dit kan bijdragen aan een verbetering van het leerklimaat (Noddings, 2002).

Tronto's kijk op goede zorg werd door Bozalek ingezet om onderwijs te beoordelen (Bozalek, 2014). De eerder beschreven vier elementen van zorg, komen volgens Bozalek terug in het onderwijs. Zij beschrijft dat in de eerste fase van zorg, "*care about*" met als kern het ethisch element aandachtig zijn, het lastig is voor docenten om vooroordelen los te laten. Docenten hebben met name vooroordelen over wat leerlingen willen leren. Hierbij letten zij vooral op de voor de hand liggende taken in het kader van onderwijs en is er minder aandacht voor de gehele persoon die onderwijs behoeft. In de tweede dimensie van zorg wordt verantwoordelijkheid genomen voor het geven van zorg. Hierbij wordt verder gekeken dan naar de verplichting, maar ligt de focus op wat er wel of niet is gedaan in een specifieke situatie. Bozalek beschrijft dat onderwijzers intrinsiek betrokken zijn bij leerlingen, niet bemiddeld door de universiteit. Ofwel: docenten zijn bereid verantwoordelijkheden te nemen die niet worden opgelegd vanuit het instituut. In de derde fase wordt zorg geleverd op een competente wijze. De levering van dergelijke zorg in de vorm van onderwijs komt terug in de zoektocht naar een juist model waarin onderwijs gegeven kan worden. Gedacht kan worden aan hoe het curriculum wordt vormgegeven, hoe de werkomgeving is et cetera (Bozalek, 2014). Hiernaast kan aandacht worden gegeven aan de collectieve competentie van docenten. Een alternatief voor het traditionele en op individuele wijze geven van onderwijs is het trainen van teams van onderwijzers, zodat zij van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen aanvullen (Engelmann, 2009). Naast de toegevoegde waarde die dit kan hebben voor de leerlingen kan dit ook waarde toevoegen voor de docenten. Het werken in teams zorgt bij de docenten voor onderlinge erkenning en waardering voor het werk dat zij leveren. De vierde fase van zorg, waarin feedback gegeven wordt door leerlingen op het onderwijs, kan gebruikt worden om het onderwijs te verbeteren. Het is echter van belang te beseffen dat leerlingen afhankelijk en kwetsbaar zijn en zich dus veilig moeten voelen om feedback te geven.

Opleiden in het ziekenhuis

Volgens Ruddick kenmerkt de zorgpraktijk zich door collectieve menselijke activiteiten die worden onderscheiden door doelen en de daaruit voortvloeiende eisen (Ruddick,

1989). De zorgpraktijk waarin dit onderzoek is uitgevoerd, is het ziekenhuis dat, naast zorg, als doel heeft om onderwijs te geven. Dit is een complexe zorgpraktijk waarbinnen meerdere zorgvragen bestaan: patiënten dienen medische zorg te ontvangen en aios dienen onderwezen te worden. Hieruit komen belangen en wensen van patiënten, aios en de organisatie voort. In deze zorgpraktijk hebben aios en medisch specialisten een dubbelrol.

De aios is zorgverlener voor de patiënt en zorgontvanger in het kader van het onderwijs, wat afhankelijkheden met zich meebrengt. De aios als zorgverlener is afhankelijk van de patiënt, die de beste zorg dient te ontvangen. Van Heijst stelt dat zorgverleners niet enkel in de zorg zijn gaan werken voor het geld, maar dat zij ook vaak iets terugkrijgen dat verder gaat dan hun salaris (Van Heijst, 2008). De aios als zorgontvanger is afhankelijk van de opleidingsgroep. De opleidingsgroep geeft namelijk het onderwijs aan de aios en beoordeelt hen. Kittay schreef in 1999 dat de zorgrelatie tussen een zorgontvanger en een zorgverlener ongelijk is. Door ongelijkheid en afhankelijkheid is er sprake van een machtsverschil. De afhankelijke zorgontvanger is kwetsbaar voor acties van de zorgverlener (1999)

De medisch specialist heeft een dubbelrol, doordat hij zowel zorgverlener is voor de patiënten die om een behandelplan vragen als voor de aios die graag onderwijs willen ontvangen. Als zorgverlener voor patiënten heeft de medisch specialist meerdere doelen die nagestreefd worden, zoals het werken volgens protocol, het afmaken van allerlei opdrachten, het halen van productienormen en een productiestandaard. Hiernaast krijgen ervaringen van patiënten steeds meer aandacht en is patiëntgericht behandelen een prioriteit geworden (Klaver, 2016). Als zorgverlener voor aios heeft de medisch specialist tot doel collega's voor de toekomst op te leiden. Er is sprake van institutionele bemiddeling door de zorg voor patiënten vast te leggen in protocollen en de zorg voor aios vast te leggen in een lokaal opleidingsplan. Aan deze protocollen en plannen kunnen rechten worden ontleend door de zorgvrager. De medisch specialist draagt de verantwoordelijkheid om aandachtig beide zorgvragen te erkennen en te beantwoorden.

“Care consists in the being attentive to needs and taking responsibility for making sure that these needs are met in order to enable people to flourish” (Barnes, 2012)

4.3 Erkenning

Axel Honneth publiceerde in 1995 de Erkenningstheorie. De basis van deze theorie is de dialogische intersubjectiviteit van de mens (Honneth, 1995). Deze dialoog is eerder beschreven door onder meer Charles Taylor die stelt dat de mens een relatie tot zichzelf kan opbouwen door het verkrijgen van erkenning. Hiermee staat erkenning in relatie tot de eigen identiteit. De mens wordt iemand vanuit en door banden met anderen. Dit wordt gedaan door zich te vereenzelvigen en tegen hen af te grenzen. En door na te bootsen en eigen variaties te maken. Iemand ontwikkelt een beeld van zichzelf vanuit het standpunt van anderen of vanuit een gegeneraliseerd standpunt van een groep waar iemand onderdeel van is. Wie je bent, bepaal je dus niet helemaal zelf, maar komt tot stand door contact met anderen (Taylor, 1992; Van Leeuwen, 2003; Van Heijst, 2008). De ontwikkeling van zelfbegrip is hierdoor een blijvend proces en dat maakt de mens kwetsbaar, omdat de mens voor zijn identiteit en praktische zelfrelatie afhankelijk is van de hulp en bevestiging van anderen (Ferrarese, 2011).

Honneth beschrijft in zijn Erkenningstheorie drie sferen waarbinnen erkenning plaatsvindt. De eerste sfeer is de liefde waarbinnen iemand emotioneel verbonden is met de ander, de tweede sfeer is respect waarbinnen mensen gelijke rechten hebben en de derde sfeer is solidariteit waarin waarden worden gedeeld (Honneth, 1995).

Erkenning in de laatste twee sferen wordt door Van Heijst respectievelijk als respect voor de ander met gelijke rechten en als sociale waardering beschreven (Van Heijst, 2008)

Volgens Honneth betekent liefde vanuit een emotionele verbondenheid het erkennen van en gehoor geven aan de behoeften en emoties van de afhankelijke concrete ander. Volgens Honneth is liefde de eerste vorm van erkenning en daaraan gekoppeld zelfvertrouwen. In de tweede sfeer van erkenning noemt Honneth respect. Volgens Honneth wordt respect opgebracht voor de ander als die wordt gezien als een gelijkwaardig en autonoom individu dat zelf beslissingen kan nemen. Er is sprake van gelijke rechten die iemand kan verwachten als lid van de samenleving. Deze rechten zijn opeisbaar en zonder voorwaarden. Respect kan zich verder uitstrekken dan alleen naar het individu, het kan zich ook uitstrekken naar verbanden waar een persoon deel van uitmaakt. Het laatste erkenningstype dat wordt beschreven, is sociale waardering.

Sociale waardering wordt door Honneth gezien als de waardering van sociale gelijken voor unieke kenmerken en prestaties (Honneth, 1995).

Honneth stelt dat respect en waardering vroeger verstrengeld waren, waarbij iemand sociale waardering genoot vanwege zijn status. In de moderne samenleving ligt dat anders. Daar krijgt iemand waardering voor wat diegene zelf doet en kan. Daar zijn rechtserkenningen (toekennen van gelijke rechten) en sociale waardering (toekennen van goedkeuring) ontkoppeld. Respect tonen voor de ander als drager van gelijke rechten kan in het algemeen gebeuren en dit is onvoorwaardelijk en opeisbaar. Dit geldt niet voor waardering geven; deze vorm van erkenning is niet af te dwingen en kenmerkt zich door een daadwerkelijk positieve beoordeling van prestaties of eigenschappen door een ander (Honneth, 1995; Van Leeuwen, 2003).

Tegenover de drie vormen van erkenning staan drie vormen van miskening, waardoor iemand zich niet voor vol aangezien voelt of het idee heeft om over het hoofd gezien te worden. Dit uit zich vaak in woede, gekwetst zijn en een gevoel van onrecht dat als een teken gezien kan worden dat bepaalde vormen van erkenning worden onthouden. Het gebrek aan erkenning in de sfeer van liefde kenmerkt zich door het negeren of missen van de behoeften van de ander. Dit is een glijdende schaal, waarbij de meest extreme vorm van minachting in deze sfeer de schending van de lichamelijke integriteit is door bijvoorbeeld mishandeling. Tegenover respect staat het uitsluiten van bepaalde rechten. Volgens Honneth heeft een persoon recht op een bepaalde claim, omdat diegene lid is van een institutie. Wanneer bepaalde rechten worden ontzegd, wordt iemand niet meer als volwaardig gezien. Als laatste kan miskening ontstaan wanneer unieke kenmerken, eigenschappen of prestaties niet worden gewaardeerd. Hiermee wordt de zelfwaarde geschaad (Honneth, 1995).

Erkenning en zorgpraktijken

Erkenning en miskening spelen volgens Van Heijst een cruciale rol binnen zorgpraktijken. Echter, de Erkenningstheorie van Honneth is volgens haar nog niet volledig wanneer wordt gekeken naar zorgpraktijken waarin zorgafhankelijkheid zijn weerslag heeft op erkenning en op het soort erkenning dat iemand verlangt.

De eerste erkennings sfeer volgens Honneth beperkt zich tot de concrete ander in private relaties. Van Heijst stelt echter dat dit in zorgpraktijken anders is en dat de sfeer van

liefde ook kan voorkomen in professionele relaties. Dit volgt uit de stelling die zij inneemt met betrekking tot ouderschap. Van Heijst stelt dat ouders een anticiperende bereidheid hebben om open te staan voor een verbinding met het kind. Hieruit maakt zij op dat mensen die elkaar niet kennen ook bereid kunnen zijn om elkaar te erkennen. Gevoelens van bekommering en zorgzaamheid komen naar de voorgrond en er ontstaan sympathie en hartelijke verbondenheid (Van Heijst, 2008).

De tweede en derde erkenningssfeer van Honneth worden ook aangevuld door Van Heijst. Zij stelt dat het belangrijk is voor zorgafhankelijken om door zorgprofessionals met respect tegemoet te worden getreden, dus als mensen die op gelijke rechten aanspraak kunnen maken. Hier wordt uitgegaan van een zelfredzaam, volwassen individu. Dit is moeilijk te vertalen naar zorgafhankelijke mensen die niet vanzelfsprekend zelfredzaam zijn en mogelijk niet in staat zijn om de zorg waar zij recht op hebben te verzilveren. Toegang tot hulp en zorgverlening voor de allerswaksten kan moeilijk zijn. Er is dus een verschil tussen recht op papier en rechten die in de praktijk opeisbaar zijn. Achter formele rechtsgelijkheid bestaan ongelijkheden.

Nog meer rechten toekennen, levert dan niet veel op, alleen betrokken toewijding van zorgprofessionals kan dit verhelpen. Om goede zorg te leveren, is het waarborgen van gelijke rechten onvoldoende. Zorgafhankelijke mensen willen ook erkenning in de sfeer van waardering. Naast waardering voor wat ze (nog) kunnen, willen zij ook waardering voor wie ze zijn of waren toen het nog beter met hen ging.

Goede zorg wordt op dit moment gezien binnen een heersende professionaliteit die eenzijdig, instrumenteel, oplossingsgericht en incidenteel is. Om deze nauwe opvatting te verrijken, is een betere afstemming nodig die meer is gericht op de zorgbehoevende. De zorg moet beter worden afgestemd op de lange verhaallijn van mensen die zorg behoeven, hierbij moet aan zowel de biografische als de medische verhaallijn worden gedacht. Zorg wordt als goed beoordeeld als zorgontvangers zich gezien voelen, er telt dus meer dan alleen technische perfectie. Patiënten willen persoonlijke aandacht en serieus genomen worden (Van Heijst 2008).

Binnen zorgpraktijken is niet alleen de erkenning van de zorgontvangers van belang, maar ook de erkenning van zorgprofessionals. Het eerste vlak waarop professionals erkenning willen hebben, is dat ze goed zijn in het werk waarvoor ze zijn opgeleid en aangesteld. Collega's weten beter dan ieder ander wat het werk vraagt en kost en hun

erkenning kan daarom leiden tot meer plezier in het werk. De vraag is echter of collega's elkaars werk opmerken en hun waardering laten blijken.

Helaas worden professionals geconfronteerd met meer vormen van miskennis. Ze krijgen te maken met schending of bedreiging van hun lichaam, met gebrek aan respect voor hen als drager van gelijke rechten en met afwezigheid van sociale waardering door geen prijs te stellen op iemands individuele kwaliteiten, verdiensten en levensvorm. Ook de erkenning vanuit het instituut is vaak afwezig. Personeel krijgt vaak te horen wat niet deugt en dat ze nog meer moeten doen (Van Heijst, 2008).

Doordat de kwaliteitsnormen de afgelopen jaren steeds bedrijfsmatiger en technischer zijn geworden, is standaardisering de huidige vorm om kwaliteit van zorg optimaal te waarborgen. Echter, dit perkt de ruimte voor professionals in om naar bevinding te handelen, afgestemd op wat nodig is. Dit doet afbreuk aan de professionaliteit.

Als het geven en krijgen van erkenning stilvalt, leidt dit tot zinverlies en mensontwaardiging. Dit kan er bij zorgontvangers toe leiden dat zij zich een nummer voelen en bij professionals dat zij zich een veredeld hulpmiddel voelen (Van Heijst 2008).

4.4. Aandacht

Een goede definitie van aandacht is moeilijk te geven. Een descriptief model van Klaver en Baart beschrijft dat aandachtig zijn bestaat uit onder andere perceptie, objectieve bevindingen en ruimte voor aandachtig zijn (Klaver, 2011). Dit werd eerder beschreven door Arvidson die stelt dat het geven van aandacht verschillende karakteristieken heeft, maar altijd observatie of perceptie en interpretatie omvat (Arvidson, 2006).

Sevenhuijsen beschrijft dat bewust aandachtig zijn een relationele activiteit is, waarmee iemand meer bewust kan worden van bijvoorbeeld de afhankelijkheid van de ander. Ze beschrijft acht verschillende manieren van bewust aandachtig zijn. Deze manieren zijn met elkaar verbonden en vullen elkaar aan (2018).

De eerste manier van aandachtig zijn die Sevenhuijsen beschrijft, is aanwezigheid, er zijn voor iemand anders. Dit kan bestaan uit een verbale belofte er voor de ander te zijn, een helpende hand uit te reiken of interesse te tonen. Maar het kan ook in stilte door bijvoorbeeld naast iemand te gaan zitten of een gebaar naar iemand te maken. De tweede manier is iemand zien. Dit wordt bewust aandachtig wanneer we iemand kunnen zien zonder vooroordelen. Het is een bewuste inspanning, wat het anders maakt

dan gewoon kijken. Het streven om iemand te zien zoals diegene is, met een eigen context en eigen standpunten, is nodig om de situatie van de ander beter te begrijpen. De derde manier is actief en zorgvuldig luisteren. Bij actief luisteren wordt innerlijk ruimte gemaakt, waarbij de eigen standpunten worden verlaten om goed te kunnen begrijpen, zonder zelf vergelijkingen te maken of te oordelen. De vierde manier is bedachtzaam spreken. Dit kan worden uitgevoerd door eerst na te denken voordat er wordt gereageerd. De vijfde manier van bewust aandachtig zijn, is vertrouwen op de eigen ingevingen. Sevenhuijsen beschrijft dit als kennis vanuit het hart.

De zesde manier is betrouwbaarheid en de zevende manier van bewust aandachtig zijn is het erkennen van verschillen. De interactie is altijd tussen unieke personen met een eigen verleden en context. Het werkt contraproductief om te denken dat iedereen hetzelfde is en om dit te voorkomen is het goed om de eigen context te erkennen. De laatste manier die Sevenhuijsen beschrijft, is verantwoordelijkheid nemen. Dit komt voort uit het gegeven dat alle manieren van bewust aandachtig zijn een kwetsbaarheid bevatten. Het is zoeken hoe op een passende manier bewust aandacht gegeven kan worden aan ieder individu (Sevenhuijsen, 2018).

Aandacht en zorgpraktijken

Aandacht wordt in de zorg vaak weggezet als een extraatje, een bonus naast het echte werk. Echter, Sevenhuijsen stelt dat aandacht een normatief concept is binnen zorgpraktijken, waarbij het geven van de juiste aandacht de zorg zal verbeteren (Sevenhuijsen, 2018)

De acht manieren van aandachtig zijn die Sevenhuijsen beschrijft, kunnen worden toegepast in alle fasen van zorg die door Tronto werden beschreven. Bijvoorbeeld in fase 1 waarin de herkenning van de zorgvraag van een ander centraal staat.

Echter, Tronto beschrijft in de eerste fase van zorg naast aandachtig zijn ook empathie, compassie en liefde. Deze zaken zijn anders dan het geven van bewuste aandacht, maar kunnen wel naast elkaar bestaan. Empathie wordt omschreven als de bereidheid om in iemand anders zijn schoenen te staan. Wanneer het verschil tussen personen wordt erkend, iets wat bij bewust aandacht geven wordt gedaan, is dit eigenlijk niet mogelijk. Hiernaast is het moeilijk om de eigen vooroordelen niet mee te nemen als je je verplaatst in een ander. Compassie, meestal beschreven als het meevoelen met iemand anders, is niet hetzelfde als bewust aandachtig zijn, omdat bewust aandachtig zijn

zonder vooroordelen wordt uitgevoerd om te kijken wat er naar boven komt met een open en nieuwsgierige houding. Dit is per definitie niet mogelijk bij compassie. Onvoorwaardelijke liefde komt niet overeen met bewust aandachtig zijn, omdat bewust aandacht geven om een meer neutrale houding vraagt (Klaver, 2016).

Of zorgverleners aandachtig kunnen zijn, ligt niet alleen aan de zorgverlener zelf, maar hangt van verschillende factoren af. Bijvoorbeeld van de ruimte die een zorgverlener ervaart om los te komen van de overwegend institutionele insteek om een zorgontvanger alleen op de zorgvraag te beoordelen en niet als persoon in zijn geheel. Zorgverleners denken verschillend over de vraag of aandacht nodig is om goede zorg te leveren. Hierbij worden vier verschillende standpunten ingenomen (Klaver, 2016) Het eerste standpunt is dat aandachtig zijn zal leiden tot het verlenen van zorg: als zorg niet voortkomt uit aandachtig zijn dan is het geen zorg. Aandacht is hierbij een voorwaarde voor het mogelijk maken van zorg. Het tweede standpunt is dat aandacht een aanvulling is op de taken die een zorgverlener reeds moet vervullen. Het derde uitgangspunt is dat aandacht geen toegevoegde waarde heeft en de zorg zelfs kan compliceren. Dit komt deels doordat aandacht wordt gezien als een taak bovenop de andere taken. Aandacht geven kan leiden tot het zwaarder of meer complex maken van de eigenlijke taak. Het vierde uitgangspunt is dat aandacht de zorg onmogelijk kan maken. Aandacht verhindert dan de uitvoering van de primaire taak (Klaver, 2016)

Welk uitgangspunt wordt gebruikt, hangt mede af van waarop de focus ligt bij het leveren van zorg. Zorgverleners zijn hierin ambivalent. Aan de ene kant gaat het om de eigenlijke taak. In het ziekenhuis is dit bijvoorbeeld het verbeteren van de conditie van een zieke en in het onderwijs kan dit bijvoorbeeld het doceren van een vak zijn. De persoon verdwijnt hierbij naar de achtergrond, het verlenen van een taak staat centraal en de persoon faciliteert. Aan de andere kant kan het wel gaan om de persoon die zorg ontvangt en staat de persoon centraal. Hierbij hangt het van de persoon af wat een zorgverlener doet en waarom (Klaver, 2016).

De mate van aandacht die kan worden gegeven, wordt mede bepaald door het instituut, waarin de aandacht met name gaat naar het meten van de zorg die bijvoorbeeld efficiënt moet zijn. Hierdoor ligt de focus van een instituut met name op deze kwaliteitsnormen en staat de persoon meer op de achtergrond. Dit zit institutioneel ingebed in verschillende systemen zoals hoe het gebouw is vormgegeven, hoe zorgverleners naar

hun eigen werk kijken, wat de verwachtingen van zorgontvangers zijn et cetera. Om de aandacht te verbeteren, moet dus niet alleen gekeken worden naar de zorgverlener, maar ook naar de gehele organisatie. Aandacht heeft dus een politieke, institutionele dimensie. Het is verweven met vele andere processen die de aandacht beïnvloeden (Klaver, 2016).

4.5 Conclusie

Onderwijsinstellingen en zorginstellingen worden in kwaliteitsbeoordelingen steeds meer instrumenteel beoordeeld, waarmee de student is veranderd in een nummer en niet wordt gezien als een persoon.

Vanuit een zorgethisch perspectief kan het geven van zorg en onderwijs ook beoordeeld worden met behulp van het normatieve kader van Tronto, die de verschillende fasen van zorg beschrijft. Deze fasen tezamen leiden tot het leveren van goede zorg.

Wanneer vanuit het framework van Tronto wordt gekeken naar het geven van onderwijs in een zorginstelling, dan blijkt dat al in de eerste fase het leveren van zorg verbeterd kan worden. Het onderwijs dat wordt gegeven in zorginstellingen is namelijk uitdagend. Het primaire doel van de werknemers van een zorginstelling is het leveren van zorg aan patiënten en onderwijs geven is daarmee een randtaak. De zorgontvanger wordt niet erkend en hiermee is er minder aandacht voor een beoordeling en beantwoording van de hulpvraag. Goede zorg, in dit geval het geven van goed onderwijs, is nu afhankelijk van de individuele zorgverlener en niet gewaarborgd in de instelling.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen in dialoog gebracht met de zorgethische literatuur.

5.1 Empirie en Theorie in dialoog

Theoretische inzichten over de zorgpraktijk, erkenning en aandachtig zijn worden gekoppeld aan de resultaten van het empirisch onderzoek. Hieruit volgen een aantal aanbevelingen die in de volgende paragraaf worden beschreven.

De zorgpraktijk

Het ziekenhuis is een instelling die een grote verzameling zorgpraktijken omvat. Het betreft zeer complexe zorgpraktijken met zorgvragen van patiënten en zowel zorg als leervragen van aios. Medisch specialisten hebben binnen deze zorgpraktijk veel taken, zoals het werken volgens protocol, het halen van productienormen en de productiestandaard. Ervaringen van patiënten krijgen steeds meer aandacht en patiëntgericht behandelen is een prioriteit geworden (Klaver, 2016)

De medisch specialist heeft een dubbelrol en heeft de (institutioneel opgelegde) verantwoordelijkheid om zowel zorgvragen van te patiënten als de zorg en leervragen van de aios te beantwoorden. In praktijk wordt, volgens de aios echter de prioriteit gegeven aan de zorg voor patiënten boven het geven van onderwijs aan de aios.

Cardiothoracaal chirurgen die werken in een opleidingscentrum zijn verantwoordelijk voor de zorg voor patiënten die aan hun hart en longen geopereerd moeten worden. Daarnaast moeten zij jonge artsen opleiden tot cardiothoracaal chirurg. Het geven van onderwijs lijkt voor de chirurgen een bijzaak te zijn. Uit de interviews blijkt dat dat stafleden weinig affiniteit met onderwijs vertonen, zij lijken zich meer verantwoordelijk te voelen voor de patiëntenzorg. Deze zorg is hoogcomplex en als er complicaties optreden zijn dit direct zeer ernstige complicaties zoals hersenschade of overlijden. De aios vertellen dat chirurgen het moeilijk vinden om hoogcomplexen chirurgische handelingen aan hen toe te vertrouwen. De chirurg lijkt alleen te vertrouwen op de eigen chirurgische vaardigheden, om zo te zorgen dat een patiënt veilig door

bijvoorbeeld een hartoperatie komt. Hiermee ontstaat er een conflict met de aios cardiothoracale chirurgie die opgeleid willen worden en vertrouwen willen krijgen in zichzelf om die zware taak in de toekomst ook te kunnen vervullen. De afhankelijkheid van de aios maakt ze kwetsbaar.

Het instituut lijkt in stand te houden dat medisch specialisten de voorkeur geven aan de zorg van patienten, doordat medisch specialisten vooral opgeleid en getoetst worden als geneeskundige en niet als docent. Medisch specialisten moeten aan strenge eisen voldoen om hun accreditatie te behouden om patiënten zorg te mogen leveren. Deze eisen zijn minder streng wanneer het gaat om onderwijs geven. Er zijn geen voorwaarden beschreven waar een medisch specialist die onderdeel uitmaakt van een opleidingsgroep aan moet voldoen. Er zijn wel voorwaarden beschreven voor de opleidingsgroep en voor het instituut. De opleidingsgroep moeten onder andere beschikken over didactische vaardigheden waar zij eens in de vijf jaar een korte scholing voor moeten volgen. Of de opleidingsgroep voldoet wordt getoetst tijdens een visitatie die eens in de vijf jaar plaats vindt. Alle documenten die betrekking hebben op de opleiding worden gecontroleerd en er vindt een gesprek plaats met de aios. Het is opvallend dat in het besluit expliciet staat beschreven dat de instelling schriftelijk dient te verklaren de aios zich vrijelijk kunnen uiten over de kwaliteit en de mate van veiligheid van het opleidingsklimaat, zonder dat dit negatieve gevolgen heeft voor hun individuele opleiding. (College geneeskundige specialisten, 2019) De aios geven in hun interview aan dat het moeilijk is om op een veilige manier het onderwijs te beoordelen. Doordat zij niet anoniem kunnen blijven gaan zij gewenste antwoorden geven uit angst voor negatieve gevolgen.

Onderwijs- en zorginstellingen worden in kwaliteitsbeoordelingen steeds meer instrumenteel beoordeeld. Hiermee komen harde cijfers zoals het hoge uitvalspercentage en de hoge kosten die daarmee gepaard gaan aan het licht. Een ander gevolg van deze manier van beoordelen is dat de student verandert in een nummer en niet wordt gezien als een persoon, die ervaringen kan delen (Van Heijst, 2008).

Vanuit een zorgethisch perspectief kan zorg en onderwijs ook beoordeeld worden met behulp van een normatiever kader, zoals gesteld door Tronto, die de verschillende fase van zorg heeft beschreven (Tronto, 1993). Deze fasen met hun ethische elementen leiden

tot het leveren van goede zorg. Bozalek heeft deze vier fasen vertaald naar het onderwijs, zodat ook onderwijs normatief beoordeeld kan worden (Bozalek, 2014).

Als onderwijs in het ziekenhuis volgens de vier fasen van Tronto en Bozalek wordt beoordeeld, dan valt met name op dat, in de ervaring van de aios, erkenning en aandacht gemist worden. Dit zijn kenmerkende ethische elementen in de eerste fase, '*Care about*'. De aios voelt zich niet erkend in de rol als arts die behoefte heeft aan onderwijs met aandacht voor hem als persoon en voelt zich niet serieus genomen. Doordat in de eerste fase van zorg de aios niet erkend wordt als persoon met meerdere hoedanigheden en er geen aandacht is voor zijn zorgvraag, kan hier ook niet op de juiste manier gevolg aan worden gegeven.

In fase 2 '*take care of*', wordt verantwoordelijkheid genomen om de gevraagde zorg te leveren. Anders dan onderwijzers die volgens Bozalek intrinsiek betrokken zijn bij hun leerlingen, met de bereidheid om verantwoordelijkheden te nemen die niet worden opgelegd vanuit een instituut, zijn medisch specialisten niet per se intrinsiek betrokken bij de aios. De medisch specialist is primair geneeskundige en geen docent. Hierdoor is het voor de chirurg natuurlijker de prioriteit bij de patiëntenzorg te leggen en niet bij het onderwijs, dat hiermee degradeert tot een randtaak. De aios voelt zich hierdoor alleen verantwoordelijk voor de opleiding. De aios probeert zelf voldoende onderwijs momenten te creëren waarbij hij heeft zelfs het gevoel heeft te moeten smeken om chirurgische handelingen uit te mogen voeren. Om toch opgeleid te worden, is de aios afhankelijk van de goodwill van individuele chirurgen. Hierdoor vertoont de aios gewenst gedrag om aardig gevonden te worden, zodat de chirurg hem iets gunt.

Fase 3 '*care giving*' waarin het op competente wijze geven van onderwijs centraal staat, is hiermee geweld aangedaan. Het onderwijs wordt niet competent aangeboden wanneer een aios afhankelijk is van een welwillende chirurg. Daarnaast kunnen er vraagtekens gezet worden bij de didactische vaardigheden van chirurgen die eens in de vijfjaar een cursus moeten volgen over onderwijs. Dat chirurgen de aios niet erkennen in hun behoefte geeft direct aan dat de chirurgen niet in staat zijn om op adequate wijze onderwijs te geven. De manier waarop onderwijs wordt gegeven waarbij de nadruk ligt op wat iemand *niet* kan, er zelden complimenten worden gegeven, waarbij het klimaat niet altijd veilig is, benadrukt dat een aantal chirurgen niet competent is.

Ook komt uit de interviews naar voren dat de rechten die zijn vast gelegd in het individueel, lokaal en nationaal opleidingsplan worden genegeerd. Verder ervaren aios deze opleidingsplannen als incompleet: er mist speelruimte voor de eigen ontwikkeling. Ook fase 4 '*care receiving*' waarin aios feedback kunnen geven, kan worden verbeterd. De aios voelen zich niet als volwaardig behandeld en ervaren dat hun meningen er niet toe doen. Zij behoren de opleiding als positief te beoordelen, maar wat ze echt vinden wordt niet gevraagd.

Erkenning

Zoals Van Heijst al opmerkte, spelen erkenning en miskennis een cruciale rol binnen zorgpraktijken, waarin afhankelijkheid een weerslag heeft op de erkenning en het soort erkenning dat wordt verlangd. Dit wordt ook teruggezien in het onderwijs als zorgpraktijk, waar de studenten afhankelijk zijn. Aios voelen zich niet erkend door de opleidingsgroep waarvan zij afhankelijk zijn. Hierdoor hebben zij het gevoel niet voor vol te worden aangezien en leeft het idee over het hoofd te worden gezien. De aios wordt in deze gedachte bevestigd als hij wordt ingezet als veredeld hulpje in dienst van de patiëntenzorg. De aios voelt zich niet serieus genomen, alsof hem onrecht wordt aangedaan.

Honneth en Van Heijst noemen drie verschillende dimensies van erkenning en miskennis, waarbij bij de aios met name miskennis op de voorgrond staat (Honneth, 1995; Van Heijst, 2008).

Uit dit onderzoek blijkt dat in de eerste dimensie, de behoeften van de afhankelijke aios niet worden herkend. De aios hebben het gevoel dat niet wordt gezien waar zij behoefte aan hebben. In de tweede dimensie kan de aios erkend worden als een autonoom individu dat gelijkwaardig is en zijn rechten kan opeisen. De aios blijkt echter deze rechten niet op te kunnen eisen. Doordat de aios afhankelijk is, is het moeilijk aanspraak te maken op rechten die zijn vastgelegd in het opleidingsplan. Hieruit blijkt dat de aios niet gelijkwaardig is. Er bestaat dus een verschil tussen rechten op papier en rechten die in de praktijk opeisbaar zijn. Nog meer rechten toekennen, levert niet veel op. Alleen een betrokken toewijding van chirurgen die onderwijs willen geven, kan dit verhelpen. Hiermee is de aios dus afhankelijk van een individu dat intrinsiek gemotiveerd is voor het geven van onderwijs.

Aios missen erkenning in de derde sfeer waarin unieke kenmerken en prestaties gewaardeerd worden. Aios hebben vaak al een indrukwekkend cv opgebouwd, met promotieonderzoek of al een aantal jaren werkervaring. Hiernaast is er geen aandacht voor alle taken die de aios naast zijn opleiding verricht, zoals het begeleiden van studenten of promovendi, maar ook bestuurs- en managementtaken. Aios voeren deze taken uit omdat zij denken hierdoor een betere hartchirurg te worden maar ook om het gehele vakgebied verder te brengen. Waardering voor al dit werk wordt niet ervaren. Ook institutioneel wordt dit niet gewaardeerd, omdat bijvoorbeeld een extra cursus of een coach niet wordt vergoed. Hiernaast voelen aios zich niet erkend in de gehele persoon die zij zijn. Er is geen aandacht voor de context van een aios, hetgeen leidt tot veel onbegrip. Een aios die vader is en een keer zijn kind naar bed wil brengen wordt niet begrepen door de chirurgen, terwijl de aios zelf denkt beter te zijn in zijn werk als hij gelukkig is.

Aandachtig zijn

Het geven van aandacht aan de aios is, volgens de aios zelf, binnen het ziekenhuis een extra taak naast het echte werk, het opereren van patiënten. Wanneer echter ook aandacht wordt gegeven aan de opleiding zal dit volgens Sevenhuijsen de opleiding ten goede komen (Sevenhuijsen, 2018).

Bewuste aandacht voor de zorgvraag van de aios ontbreekt, waardoor ook de afhankelijkheid niet wordt gezien. Wanneer wordt gekeken naar de manieren van aandachtig zijn, zoals beschreven door Sevenhuijsen, dan missen de aios op meerdere fronten deze aandacht. De chirurgen zijn weinig aanwezig als docent, de helpende hand wordt niet altijd uitgereikt en er wordt weinig interesse getoond in de gehele persoon. De aios hebben het idee niet te worden gezien zonder vooroordelen. Zij hebben zelfs het idee dat hun verleden soms in hun nadeel werkt, bijvoorbeeld wanneer een aios heeft bewezen een goede onderzoeker te zijn. Hij krijgt dan het gevoel ook zo goed te moeten zijn in de kliniek, terwijl hij daar alles nog moeten leren.

Ook de eigen context met de eigen standpunten wordt niet gezien. De aios zijn in de veronderstelling dat het ontwikkelen van andere competenties dan reeds beschreven in het opleidingsplan nodig zijn om een betere hartchirurg te worden. Het onderwijs dat nu wordt gegeven, vindt plaats in het voor de hand liggende kader en er is geen vrijheid

voor ontwikkeling op andere gebieden, zoals persoonlijke ontwikkeling met behulp van een coach. Wat mist, is aandacht voor de behoefte van het individu.

Niet alleen de chirurg kan in gebreke blijven bij het geven van aandacht. Ook het instituut kan voorkomen dat aandacht wordt gegeven door bijvoorbeeld te eisen dat er meerdere operaties op een dag worden uitgevoerd, waardoor er geen tijd is voor onderwijs. Dit illustreert dat het geven van aandachtig onderwijs in conflict kan komen met het leveren van aandachtige zorg aan patiënten. Het kan deze zorg compliceren of zelfs verhinderen en vice versa.

6. Conclusie

In 2018 zijn vier aios cardiothoracale chirurgie gestopt met de opleiding tot medisch specialist. Wat ertoe heeft geleid dat deze aios de opleiding vroegtijdig hebben verlaten is nooit onderzocht. Het doel van dit onderzoek is om de hoofdvraag met de bijbehorende deelvragen zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden, zodat er nieuwe inzichten verkregen kunnen worden over welke ervaringen ertoe hebben geleid dat aios stoppen met de opleiding tot cardiothoracaal chirurg. De uitkomst van dit onderzoek kan gebruikt worden door de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie, om de opleiding te verbeteren. Hiernaast kan de uitkomst van dit onderzoek gebruikt worden door lokale ziekenhuizen die daadwerkelijk de opleiding verzorgen.

Het fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaringen van de aios is uitgevoerd volgens de uitgangspunten van *Reflective Lifeworld Approach*.

Met behulp van interviews afgenomen is de leefwereld van de aios in beeld gebracht. In de interviews is geprobeerd vrijheid en ruimte te creëren aan de aios om zo veel mogelijk over hun ervaringen te laten vertellen. Om zo open mogelijk te starten met het interview is ervoor gekozen om zonder sentizing concepts te werken.

Aan de hand van het empirisch onderzoek is de zorg ethische literatuur onderzocht.

Waarna er constant heen en weer bewogen werd tussen empirie en theorie. In deze dialoog zijn nieuwe inzichten ontstaan welke kunnen leiden tot het verbeteren van de zorg die geleverd wordt aan aios in de vorm van onderwijs.

In hoofdstuk 3 en 4 zijn twee deelvragen beantwoord, de derde deel vraag wordt op het einde van dit hoofdstuk beantwoord. Gezamenlijk komen de deelvragen tot de hoofdvraag:

Wat zijn de geleefde ervaringen van aios opleiding in een zorgstelling, die hebben geleid tot het vroegtijdig verlaten van de opleiding tot cardiothoracaal chirurg en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan wanneer hier vanuit een zorgethisch perspectief naar wordt gekeken?

6.1 Beantwoorden van de hoofdvraag

De ervaringen die bij aios cardiothorcale chirurgie hebben geleid tot het vroegtijdig verlaten van de opleiding is gelaagd. Aan de oppervlakte delen zij met name het gebrek aan onderwijsmomenten, het gevoel om constant op verschillende gebieden beoordeeld te worden en de weerstand die zij tegen de toekomst ervaren. Hieronder komend de waarden die voor de aios in het geding komen in beeld. De afhankelijke positie en het gevoel vertrouwen, veiligheid en vrijheid die zij missen. In de kern van deze ervaringen geeft de behoefte van de aios weer; zij willen erkenning en aandachtige zorg. Doordat de aios zich niet erkend voelt en er geen aandacht wordt gegeven aan zijn hulpvraag, voelen de aios zich niet serieus genomen wat leidt tot frustratie en uiteindelijk het stoppen van de opleiding.

Wanneer zorgethisch naar het onderwijs in ziekenhuizen wordt gekeken, wordt duidelijk hoe complex de zorgpraktijk is. Het ziekenhuis moet namelijk meerdere zorgvragen beantwoorden; die van aios en de van patiënten. Medisch specialisten hebben de verantwoordelijkheid om beide zorgvragen te beantwoorden. Het is vanwege de grote hoeveelheid werkzaamheden en de grote verantwoordelijkheid die een medisch specialist moet dragen, niet altijd mogelijk om beide zorg vragen te beantwoorden, waarmee de hulpvraag van de aios naar de achtergrond wordt verdrongen. Dit leidt er toe dat aios het gevoel hebben dat zij geen prioriteit krijgen.

Wanneer er naar het onderwijs, volgens het normatieve framework van Tronto en Bozalek, wordt gekeken blijkt al dat de eerste fase van zorg om verbetering vraagt.

De hulpvraag van de aios wordt niet aandachtig herkend. Aios geven aan dat zij graag opgeleid willen worden met aandacht voor hun context en hun behoeften.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Het doel van de aanbevelingen is het verbeteren van de zorg voor aios waarbij de aios erkend gaat worden in meerdere hoedanigheden: als afhankelijk persoon die moet leren om een goede hartchirurg te worden, maar ook als geheel persoon met een eigen context, een eigen geschiedenis en eigen behoeften. Vanuit deze erkenning kan aandachtig de hulpvraag herkend worden.

De opleiding, en hiermee de aios, kan erkend worden door het instituut. Het lijkt dat medisch specialisten op dit moment streng worden opgeleid en getoetst op het gebied

van patiënten zorg, met het gevolg dat hier meer aandacht naar toe gaat. Door medisch specialisten meer te scholen en te toetsen geeft het instituut meer prioriteit aan onderwijs. Hiernaast kan het instituut meer ruimte en tijd te creëren voor onderwijs. Gedacht kan worden aan het verdelen van alle taken die naast de gebruikelijke patiëntenzorg verricht moeten worden. Medisch specialisten met affiniteit voor onderwijs kunnen dan meer tijd besteden aan opleiden. Ook kan gedacht worden aan het aanpassen van de operatie planning. Waarbij operaties die uitgevoerd kunnen worden door de aios, gepland worden wanneer zij aanwezig zijn. Hiervoor moet aangeboden casuïstiek beoordeeld worden met oog voor de opleiding en dient de planner op de hoogte te zijn van de aan- en afwezigheid van de aios. Zo is niet alleen de aios verantwoordelijk voor het creëren van onderwijsmomenten maar ook het instituut en de medisch specialisten. Het smeken om chirurgische handelingen moet worden omgezet naar het aanbieden ervan, waarbij erkend wordt wat de aios kan en nog niet kan.

Het institutioneel vastleggen van meer rechten voor de aios heeft hierbij geen nut als bij de medisch specialisten niet meer affiniteit komt met onderwijs en zij hierin niet meer verantwoordelijkheid nemen. Zij moeten de opleiding erkennen en leren aandachtig te kijken naar de aios: wie de aios is en waar de aios aan toe is. Hierna kunnen zij verantwoordelijkheid nemen om ook daadwerkelijk onderwijs te geven. Medisch specialisten moeten hiervoor leren hoe zij een aios het beste kunnen opleiden en hoe zij op een veilige manier chirurgische handelingen uit handen kunnen geven. De erkenning van medisch specialisten naar de aios kan iedere dag op de werkvloer worden gegeven, maar kan ook op gemarkeerde momenten plaatsvinden zoals tijdens functioneringsgesprekken.

De opleider, die hoofdverantwoordelijk is voor de opleiding van de aios, kan de aios erkennen als geheel persoon. Door te kijken hoe de opleiding het beste vorm kan worden gegeven en of er specifieke behoeften beantwoord kunnen worden.

Zorg is een echter een relationele praktijk waar meerdere mensen bij betrokken zijn.

Het is geen eenrichtingsverkeer. Zorg is wederkerig. Kittay schrijft hierover in haar ervaring met een meervoudig gehandicapte dochter over wederkerigheid in verbinding.

Wat betekent dat er geen standaard wederkerigheid bestaat waarbij de ontvanger degene is die iemand inspanning beantwoorde met eenzelfde inspanning. (Kittay, 1999)

Hieruit kunnen ook aanbevelingen worden gedaan voor de aios. Aios kunnen in hun

hoedanigheid als afgestudeerd arts een bijdrage leveren aan de patiënten zorg en ook accepteren dat ze soms moeten fungeren als veredeld hulpje om de beste zorg aan patiënten te leveren. Verder is het inherent aan opgeleid worden om ook kritiek te krijgen. Peer support kan de aios helpen om zich minder miskend te voelen door de kritische geluiden.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een beperking van het onderzoek dat hier gepresenteerd wordt is de kleine studiepopulatie, die alleen de aios omvat die zijn gestopt met de opleiding. Het is moeilijk om deze resultaten te vertalen naar de grotere groep aios, die (nog) niet gestopt is met de opleiding. Dit onderzoek geeft wel voldoende aanleiding tot vervolgonderzoek. Er zijn op dit moment 35 aios in opleiding tot cardiothoracaal chirurg. Waardoor maken zij de opleiding wel af? Halen zij voldoening uit het opereren? Of verandert de cultuur deze aios en dragen zij op langere termijn bij aan het in stand houden van de onveilige cultuur?

Fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaringen van deze aios kan bijdragen aan het verbeteren van de geleverde zorg. Hierbij kan overigens ook gedacht worden naar wat er op dit moment goed gaat en wat ertoe leidt waarom aios door gaan met de opleiding.

Zorg is echter relationeel en inherent hieraan is dat er meerdere partijen betrokken zijn in deze praktijk. Naast de zorgontvangers, in dit geval de aios, hebben de zorgverleners een belangrijk aandeel. In dit onderzoek gaat het met name om de medisch specialisten, die de zorg moeten verlenen. De geleefde ervaringen naar het geven van onderwijs in een ziekenhuis zal veel nieuwe inzichten geven. Gedacht kan worden aan het inzichtelijk maken van hoe medisch specialisten het ervaren om onderwijs te geven. Wordt dit ervaren als een extra taak? Hoe wordt onderwijs geven ervaren naast het uitvoeren van alle andere taken? Voelen medisch specialisten zich bekwaam in het geven van onderwijs?

Daarnaast zou institutionele etnografie een bijdrage kunnen leveren in het onderzoek naar onderwijs in ziekenhuizen. Hoe is onderwijs ingebed in het systeem van ziekenhuizen, maar ook in het systeem van de beroepsvereniging en de overheid? Hebben productienormen en geprotocolleerde zorg invloed op het geven van onderwijs?

7. Kwaliteit van het onderzoek

Fenomenologisch onderzoek levert geen meetbare feitelijke empirische bewijzen op maar existentiële empirische betekenissen waarmee innerlijk intuïtief begrip wordt verkregen. (Van Manen 2014) Het is van belang om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen. In dit hoofdstuk wordt eerste de interne validiteit, externe validiteit en betrouwbaarheid beschreven. Daarna worden de belemmeringen van dit onderzoek uiteengezet.

Interne Validiteit

Interne validiteit richt zich op de geloofwaardigheid van de gevonden resultaten (Smaling, 2016). Hier wordt gekeken naar of de interpretatie van de onderzoeker overeenkomt met de perspectieven van de respondenten. Er is herhaaldelijk heen en weer bewogen in de data waarbij tijdens het coderen geprobeerd is zo dicht mogelijk bij de tekst te blijven (Van der Meide 2018). Gedurende het empirisch en theoretisch onderzoek werden voortdurend interpretatie checks uitgevoerd door steeds terug te keren naar de data, waarbij verschillende databronnen zijn gebruikt. Er werd een logboek bijgehouden waarin verschillende gedachten werden bijgehouden door de onderzoeker om zo een open houding te waarborgen.

Externe validiteit

Externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten van het onderzoek (Bryman, 2016). Het gaat hier om de mate waarin de onderzoeksresultaten begrepen kunnen worden en of er informatie uit gehaald kan worden voor andere contexten (Smaling, 2016). Het gaat in dit onderzoek om een specifieke situatie bij de cardiothoracale chirurgie. Om begrip te creëren voor de situatie zijn de bevindingen ondersteund met individuele citaten van de respondenten (Abma, 2001). Hiernaast is er geprobeerd om de lezer een innerlijk begrip van de essentie van het fenomeen te laten krijgen.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek is groot wanneer dit herhaald kan worden. Omdat in kwalitatief onderzoek volledige herhaalbaarheid niet mogelijk is, is navolgbaarheid een belangrijk criterium om kwaliteit te waarborgen. Er getracht alle stappen in het onderzoek zo veel mogelijk inzichtelijk en navolgbaar te laten zijn (Visse, 2012). Alle fasen van het onderzoek zijn beschreven en er werd een logboek bijgehouden waarmee gereflecteerd werd op eigen interpretaties en emoties (Smith, 2009; Van der Meide 2014). Deze interpretaties zijn nooit zonder vooronderstellingen en worden beïnvloed door eigen ervaringen (Creswell, 2016), waarbij zelfs veronderstelt kan worden dat het goed begrijpen van ervaringen vooral bereikt kan worden als de onderzoeker een “fellow actor” is in de ervaring (Van Heijst, 2008) Een open fenomenologische houding met oog voor eigen ervaringen en ervaringen van de respondenten vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Finlay, 2008; van Wijngaarden, 2017). Omdat ik zelf in opleiding ben tot cardiothoracaal chirurg moest ik hier extra bewust van zijn. Als onderzoeker ben ik betrokken maar moest ik analytisch afstand houden. Een open fenomenologische houding vergroot hiermee de betrouwbaarheid.

Belemmeringen

Elk onderzoek kent belemmeringen. Het uitbreken van COVID-19 bleek een grote belemmering voor dit onderzoek. De onderzoeker werd ingezet in de corona zorg waardoor het uitvoeren van het onderzoek werd bemoeilijkt. Doordat persoonlijke afspraken en ontmoetingen in groepen geen doorgang konden vinden, kon er geen toestemming worden gevraagd aan alle aios cardiothoracale chirurgie om de enquête toe te voegen aan dit onderzoek, wat initieel wel werd voorgenomen. Er kon er geen toestemming worden gevraagd om deze enquête mee te nemen in dit onderzoek. Hiernaast was het niet mogelijk om de respondenten persoonlijk te ontmoeten voor de interviews. Alle interviews moesten via zoom worden afgenomen wat ervoor zorgt dat non-verbale communicatie minder goed over komt. Hiernaast waren er technische storingen die het interview konden belemmeren. Om de interne validiteit te vergroten had gebruikt gemaakt kunnen worden van peer review waarbij data, de analyse en de resultaten worden voorgelegd aan onafhankelijk onderzoekers. Op deze manier vindt er externe controle plaats (Creswell, 2016).

De externe validiteit wordt belemmerd doordat er een selectie bias in de studie populatie zit. Het betreft aios die reeds gestopt zijn met de opleiding, zij hebben mogelijk de opleiding negatiever ervaren dan de huidige aios. De resultaten zijn mogelijk niet direct te vertalen naar de totale populatie.

Literatuur

- Abma TA, Stake RE. Stake's responsive evaluation: Core ideas and evolution. *New Directions for Evaluation* 2001;7-22.
- Barnes M. *Care in Everyday Life: an Ethic of Care in Practice*. Bristol: The Policy Press, 2012.
- Berkenbosch L. De managementcompetenties van Nederlandse arts-assistenten. *Tijdschrift voor medisch onderwijs* 2011;30:302-14.
- BOLS bureau. Toewijzingsprotocol Medisch Specialismen 2021. 2020.
- Bos I. Helft jonge artsen denkt weleens over stoppen. *NRC*. August 16, 2020
- College Geneeskundige Specialismen. Kaderbesluit CGS Houdende De Algemene Eisen Voor De Opleiding, Registratie en Herregistratie Voor De Geneeskundig Specialist en Voor De Erkenning Van Opleiders, Opleidingsinstellingen en Opleidingsinstituten. 2019.
- Bozalek VG, McMillan W, Marshall DE. Analysing the professional development of teaching and learning from a political ethics of care perspective. *Teaching in Higher Education* 2014;19:447-58.
- Bryman A. *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- Buistraan J, Dijkhuizen K, Velthuis S. Why do trainees leave hospital-based specialty training? A nationwide survey study investigating factors involved in attrition and subsequent career choices in the Netherlands. *BMJ Open* 2019;9:1-8.
- Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design*. 4 ed. Sage Publications Inc, 2016.
- Dahlberg K, Nyström M, Dahlberg H. *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur Ab, 2008.
- Dahlberg K. The essence of essences – the search for meaning structures in phenomenological analysis of lifeworld phenomena. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2009;1:11-9.
- de Casterlé BD, Verhaeghe ST, Kars MC. Researching lived experience in health care: Significance for care ethics. *Nursing Ethics* 2011;18:232-42.
- De jonge specialist. Financiering van de opleiding tot medisch specialist. 2017.
- Engelmann D. Another Look At a Feminist Ethics of Teaching. *Atlantis* 2009;33:62-71.
- Ferrarese E. Judith Butler's "not particularly postmodern insight" of recognition. *Philosophy & Social Criticism* 2011;37:759-73.

- Finlay L. A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the “Phenomenological Psychological Attitude.” *Journal of Phenomenological Psychology* 2008a;39:1–32.
- Gilligan C. *In a Different Voice*. 1st ed. Harvard University Press, 1982.
- Held V. *The Ethics of Care*. New York: Oxford University Press Inc, 2007.
- Honneth A. *The Struggle for Recognition. Moral Grammar of Social Conflicts*. Cambridge : Polity Press, 1995.
- Khoushhal Z, Hussain MA, Greco E *et al*. Prevalence and Causes of Attrition Among Surgical Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surgery* 2017;152:265–72.
- Klaver K, Baart A. Attentiveness in care: towards a theoretical framework. *Nursing Ethics* 2011;18:686–93.
- Klaver K, Baart A. How can attending physicians be more attentive? On being attentive versus producing attentiveness. *Medicine Health Care and Philosophy* 2016;19:351–9.
- Klaver K, Baart A. Managing socio-institutional enclosure: A grounded theory of caregivers' attentiveness in hospital care. *European Journal Oncology Nursing* 2016;22:95–102.
- Leget C, van Nistelrooij I, Visse M. Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics* 2017;26:17–25.
- Naylor RA, Reisch JS, Valentine RJ. Factors related to attrition in surgery residency based on application data. *Archives of Surgery* 2008;143:647–52.
- Noddings N. *Educating Moral People*. Teachers College Press, 2002.
- Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ. Burnout in medical residents: a review. *Medical Education* 2007;41:788–800.
- Robinson F. Globalizing Care: Ethics, Feminist Theory, and International Relations. *Alternatives* 1997;22:113–33.
- Ruddick S. *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. New York: Beacon Press, 1989.
- Sevenhuijsen S. Care and attention. *South African Journal of Higher Education* 2018;32:19–30.
- Smaling A. Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *KWALON: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland* 2016;14:5–12.
- Smith JA. *Interpretative Phenomenological Analysis*. 1st ed. Sage Publications Inc, 2009.
- Stuijver D. Assessments moeten uitval aiossen beperken. *Medisch Contact* 2015:122–5.

- Symer MM, Abelson JS, Yeo HL *et al.* The Surgical Personality: Does Surgery Resident Motivation Predict Attrition? *Journal of the American College of Surgeons* 2018;226:777–83.
- Taylor C. *Multiculturalism and “the Politics of Recognition”*: an Essay by Charles Taylor. Princeton, 1992.
- Tronto JC. *Moral Boundaries*. Taylor & Francis Ltd, 1993.
- van der Meide H. Data-analyse volgens de fenomenologische reflectieve leefwereldbenadering. *KWALON: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland* 2014;19.
- van der Meide H. Niet coderen maar schrijven : Data-analyse in fenomenologisch onderzoek. *KWALON: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland* 2018;23.
- van Heijst A. *Iemand Zien Staan*. Klement, Uitgeverij, 2008.
- van Heijst A. *Professional Loving Care*. Peeters Uitgeverij, 2011.
- Van Leeuwen B. *Erkenning, Identiteit en Verschil*. Uitgeverij Acco CV, 2003.
- Van Manen M. *Phenomenology of Practice*. Walnut Creek Left Coast Press Inc, 2014.
- van Wijngaarden E. Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. *KWALON: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland* 2017;20.
- Visse MA. Openings for humanization in modern health care practices. 2012.
- Yeo HL, Abelson JS, Mao J Who Makes It to the End?: A Novel Predictive Model for Identifying Surgical Residents at Risk for Attrition. *Annals of Surgery* 2017;266:499–507.
- Yeo HL, Abelson JS, Symer MM *et al.* Association of Time to Attrition in Surgical Residency With Individual Resident and Programmatic Factors. *JAMA Surgery* 2018;153:511–7.
- Young I. Assymetrical Reciprocity. *Constellations* 1997;3:340–63.