



Het verwerken van verlies

Een zorgethisch onderzoek onder kinderartsen naar het verwerken van een traumatische gebeurtenis in het ziekenhuis

Marte Fleur Antonides

Studentnummer: 10376056

Masterthesis zorgethiek en Beleid, Universiteit voor Humanistiek

Begeleider & examiner: prof. dr. Inge van Nistelrooij

Tweede lezer: prof. dr. Alice Schippers

Datum & plaats: 21 juli 2022, Utrecht

Aantal woorden: 24198

De afbeelding op de voorkant is van Mark Rothko, untitled, 1953 en is eigendom van de National Gallery of Art te Washington, Amerika. Deze afbeelding heb ik gekozen omdat ik het schilderij eens in het museum zag en ontroerd was door de intensiteit en schoonheid ervan. “Zijn werk drukt naar eigen zeggen geen ervaring uit – maar is zélf die ervaring” (Kaiser et al., 2014, p.84).

Afbeelding geraadpleegd van <https://kovandun.nl/art-update/mark-rothko/> op 15-07-2022.

Voorwoord

Beste lezer,

Met trots presenteer ik u mijn onderzoek, geschreven als eindopdracht voor de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Het onderzoeksproces voelde als het leggen van een puzzel. Het begin verliep vrij vlot, de randjes vormen immers een relatief makkelijke start. Maar de zoektocht naar de juiste stukjes om de puzzel in te vullen ging met vallen en opstaan. De eindeloze blauwe luchten en groene weides maakten het niet makkelijk om de puzzelstukjes op hun plek te leggen. Maar elke keer als er een stukje paste voelde dat goed; iedere keer dat er weer dingen samen kwamen gaf mij dat energie om door te gaan. Al met al heb ik genoten van het proces. En het eindresultaat mag er zijn, daar ben ik trots op.

Ik heb dat natuurlijk niet alleen gedaan. Allereerst wil ik alle kinderartsen die bereid waren om mee te werken aan dit onderzoek bedanken voor hun openheid en vertrouwen in mij. Zonder jullie input was dit resultaat er niet geweest. Bovendien hebben jullie mij geïnspireerd met de passie die jullie allen overduidelijk voor het vak voelen, ondanks de heftige kanten ervan. Daarnaast wil ik mijn scriptiebegeleider, Inge van Nistelrooij, heel hartelijk bedanken voor al haar geduld, steun, bemoedigende woorden en scherpe feedback. Zij heeft mijn persoonlijke groei en groei als zorgethisch onderzoeker gestimuleerd en daar ben ik haar dankbaar voor. Ook gaat mijn dank uit naar Alice Schippers, mijn tweede lezer, die kritische feedback gaf op de onderzoeksopzet en mij bewust maakte van het doorklinken mijn medische achtergrond. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn studiegenoten met wie ik altijd even kon sparren als ik ergens niet uit kwam. Ook mijn naaste familie en goede vrienden verdienen hier een plekje: ik mocht altijd even klagen als ik mij in een dal van het proces bevond, wat me weer hielp uit te kijken naar de pieken. We hebben elkaar door de werkstress wat minder gezien dan gewoonlijk, laten we dat weer veranderen! Als laatste een speciale plek voor mijn lieve vriend, verloofde zelfs, die dag in dag uit steunend is geweest, op wie ik altijd een beroep kon doen en die mij veel heeft geleerd. Wat fijn dat jij er bent.

Dan rest mij niets anders dan u veel plezier te wensen bij het lezen van dit onderzoek. Ik hoop dat het u mag inspireren en verrijken!

Marte Fleur Antonides, 21 juli 2022

Samenvatting

Kinderartsen maken regelmatig heftige, traumatische gebeurtenissen mee waarbij een patiënt ernstig gehandicapt raakt of komt te overlijden. Indien deze gebeurtenissen onverwerkt blijven is de kans op mentale problemen groot. Onderzoeken tonen aan dat kinderartsen in Nederland regelmatig een onveilige werkcultuur ervaren en weinig ondersteuning in de nazorg ontvangen. In dit onderzoek is daarom middels fenomenologie de geleefde ervaring van vijf kinderartsen aangaande de verwerking van een heftige casus in het ziekenhuis onderzocht en in discussie gebracht met zorgethische inzichten omtrent de concepten ‘verantwoordelijkheid’ en ‘emotie’, om zo een bijdrage te leveren aan goede nazorg voor deze kinderartsen in hun verwerking.

Dit onderzoek toont dat de kinderartsen zich in eerste instantie verantwoordelijk voelen voor de ernstige uitkomst van de casus. Centraal in de verwerking hiervan staat de bevraging van eigen deskundigheid en inzet. Het gevoel van tekortschieten en zelftwijfel kunnen we opvatten als een rouwreactie. Het verantwoordelijkheidsgevoel van de kinderarts wordt beïnvloed door verscheidene aspecten, namelijk: 1) de ervaren nabijheid tot de patiënt en diens ouders, 2) de mate van bekwaamheid van de kinderarts, 3) de heersende verwachtingen bij ouders en kinderarts, 4) de ernst van de uitkomst en 5) de duur van de betrokkenheid. Bovendien kent verantwoordelijkheid een passief aspect en is het iets dat de kinderarts *overkomt*, zonder dat de kinderarts daar actief voor heeft gekozen. Dit relateert de heersende verwachtingen en bijkomende druk en zet (de verantwoordelijkheid van) de kinderarts minder centraal.

Door te praten met collega's en partner constateerden alle kinderartsen naderhand dat zij hadden gedaan wat binnen hun macht lag. Zo wisten zij het gevoel verantwoordelijk te zijn voor de slechte uitkomst te reduceren. De verantwoordelijkheid voor het regelen van nazorg lag bij de kinderartsen zelf. Dit was functioneel voor de kinderartsen in dit onderzoek, mede omdat zij een veilige werkomgeving hebben waarin ruimte is voor het delen van gevoelens en gedachten. Ook ervaren zij toenemend ruimte voor de menselijke kant en de emoties van de arts in de professionele relatie met de patiënt en diens ouders. Deze medemenselijkheid verrijkt de arts-patiënt relatie en vormt onderdeel van een zorgethische opvatting van professionaliteit.

Verbetering van nazorg vraagt om verandering van de werkcultuur, waarin er meer openheid is om te spreken over verantwoordelijkheid, fouten maken, emoties en medemenselijkheid. Moreel beraad kan bijdragen aan het voeren van een goed gesprek met collega's over deze onderwerpen. Aanvullend kan het ziekenhuis verantwoordelijkheid nemen in het organiseren van nazorg, bijvoorbeeld door een coach of geestelijk verzorger beschikbaar te stellen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Maatschappelijk probleem.....	7
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Vraagstelling.....	10
1.4.1 Hoofdvraag	10
1.4.2 Deelvragen	10
1.5 Doelstelling.....	10
2. Theoretisch onderzoek.....	11
2.1 Zorgethiek.....	11
2.1.1 Wat is zorg?	11
2.1.2 Een zorgethisch mensbeeld.....	11
2.1.3 De fasen van zorg.....	12
2.2 Verantwoordelijkheid	13
2.2.1 Een geografie van verantwoordelijkheden.....	15
2.2.2 Professionele verantwoordelijkheid.....	18
2.2.3 Een fenomenologie van verantwoordelijkheid	20
2.2.4 Deelconclusie	21
2.3 Emotie en professionaliteit	21
2.3.1 Artsen en emoties: een moeizame relatie.....	22
2.3.2 De waarde van emoties: een zorgethische visie.....	22
2.3.3 De rol van professionaliteit.....	24
2.3.4 Deelconclusie	26
2.4 Conclusie	27
2.4.1 Inzichten omtrent verantwoordelijkheid	27
2.4.2 Inzichten omtrent emotie	28
2.5 Sensitizing concepts	29
3. Methode	30
3.1 Onderzoeksbenadering	30
3.2 Onderzoeksmethode	31
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	31
3.4 Dataverzameling	32
3.5 Data-analyse	32
3.6 Ethische overwegingen.....	33

4. Empirische bevindingen	34
4.1 Thema 1: Relativeren van het gevoel tekort te schieten	34
4.1.1 Het gevoel tekort te schieten versus ik heb het goed gedaan.....	34
4.1.2 Het relativeren van de eigen rol	36
4.2 Thema 2: Ontladen en verwerken door praten, bevestiging en afleiding	37
4.3 Thema 3: Ouders ondersteuning bieden in de verwerking	40
4.4 Thema 4: Emoties mogen, maar beperkt	42
4.5 Thema 5: De verantwoordelijkheid van de kinderarts is groot	44
4.5.1 De verantwoordelijke rol van de kinderarts	44
4.5.2 De lading van de verantwoordelijkheid	45
4.5.3 Het maken van fouten hoort er bij	47
4.6 Conclusie	49
5. Zorgethische discussie.....	52
5.1 Verantwoordelijkheid voor de uitkomst	52
5.1.1 De mate van nabijheid.....	53
5.1.2 De grenzen van bekwaamheid	53
5.1.3 De druk van de verwachting	54
5.1.4 De ernst telt	56
5.1.5 Passieve verantwoordelijkheid in de acute setting.....	57
5.2 Verantwoordelijkheid voor de ander en jezelf	58
5.3 Ruimte voor emoties binnen de professionele relatie.....	62
5.4 Tot slot.....	64
6. Conclusie en aanbevelingen.....	65
6.1 Conclusie	65
6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	66
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	67
7. Kwaliteit van het onderzoek.....	69
7.1 Validiteit	69
7.2 Betrouwbaarheid.....	70
7.3 Beperkingen.....	71
Literatuur	73
Bijlage 1 – Informed consent brief.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2 – Informed consent toestemmingsformulier.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3 – Topiclist.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4 – Voorbeeld thema-code tabel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Als arts bij de kindergeneeskunde heb ik veel heftige gebeurtenissen meegemaakt. Ik denk nog regelmatig terug aan een casus. “Veel geluk samen,” sprak ik nog tegen de kersverse ouders. Zij hadden de avond ervoor een dochter gekregen. Ik heb het ogenschijnlijk gezonde meisje nagekeken en naar huis laten gaan. De volgende dag bleek zij plotseling overleden. Het verlies van dit jonge, prille leven raakte mij diep. Wat was mijn aandeel hierin? Had ik iets over het hoofd gezien, een fout gemaakt? Kon een pasgeboren baby met nog een heel leven voor zich dan zomaar overlijden? Het maakte me onzeker als arts. Maar ook rouwde ik met de ouders mee om het verlies van dit jonge leven. Ik heb geworsteld met hoe ik als arts met deze gevoelens om moest gaan en ze moest verwerken. Traumatische gebeurtenissen overkomen elke kinderarts. Hoe gaan zij hier mee om? Hoe ga je om met gevoelens van schuld, of verdriet? Hoe behoud je je professionaliteit, maar geef je ook ruimte aan je emoties? Wat is goede nazorg voor deze artsen, en wie is daar verantwoordelijk voor? De master Zorgethiek en Beleid, en specifiek deze masterthesis, bood mij de gelegenheid om deze vragen nader te onderzoeken.

1.2 Maatschappelijk probleem

De meeste artsen maken in hun loopbaan heftige, traumatische ervaringen mee. Waar vroeger een beeld heerste van een zelfverzekerde arts die niet geraakt werd door het geluk en lijden van de patiënt, begint er langzaam een omslag te komen in de medische wereld. Artsen leven mee met het lijden van een patiënt en kunnen er door worden geraakt.¹ Emotioneel geraakt worden kan door verschillende factoren, zoals het hebben van een band met een patiënt, je kunnen identificeren met de patiënt of diens context, of de leeftijd van een patiënt waarbij geldt: hoe jonger, hoe erger.^{1,2} Kinderarts Paul Brand (2015) legt dat uit in zijn boek ‘De stoel van God’:

¹ Volkskrant, juli 2017. Geraadpleegd op 01-03-2022 via https://www.volkskrant.nl/wetenschap/als-de-dokter-huilt-is-dat-gauw-teken-van-zwakte-maar-dat-inzicht-verandert~b0555319/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=shared%20content&utm_content=paid&hash=c1459ad31c6bf526bf597879e92dbb825bd7f549.

² Arts&Auto, november 2016. Geraadpleegd op 13-02-2022 via <https://www.artsenauto.nl/omgaan-met-de-dood/#:~:text=Dat%20pati%C3%ABnten%20sterven%20is%20een,stelt%20specialist%20ouderengeneeskunde%20Christiaan%20Rhodius>.

Kinderen horen niet dood te gaan. Dood is iets wat bij het einde van het leven hoort. Een kind, dat is het begin van het leven. Kinderen die doodgaan, daar klopt geen hout van (p.11).

Hoewel een arts regelmatig met traumatische gebeurtenissen te maken krijgt, “moeten [ze] er zelf maar een beetje mee proberen te dealen” stelt gynaecoloog Van Pampus in het *NRC Handelsblad*.³ Aandacht voor de omgang met traumatische gebeurtenissen ontbreekt volgens haar. Jonge artsen worden hier ook nauwelijks op voorbereid in de studie geneeskunde. Hierin is jaren lang de nadruk gelegd op genezen en overleven (Brand, 2015, p.11). Emoties moesten worden geparkeerd waardoor artsen slecht voorbereid waren op de gebeurtenissen die ze daarna overkwamen.⁴ In het medische tijdschrift *Medisch Contact* licht arts Esther Helmich het belang van deze erkenning toe: “*Wie zich niet bewust is van zijn eigen emoties, laat soms ongemerkt niet-professioneel gedrag zien.*”⁵ In het huidige opleidingsbeleid wordt de jonge dokter zelf verantwoordelijk gesteld voor een juiste, professionele omgang met en verwerking van eigen emoties (NFU, 2020, p.30-31).

Indien artsen niet weten hoe zij moeten omgaan met emoties die loskomen bij het meemaken van een traumatische gebeurtenis, is het risico dat deze gevoelens onverwerkt blijven. Dit kan de kwaliteit van zorg sterk beïnvloeden: artsen kunnen onpersoonlijk worden, of krijgen mentale klachten.¹ Om kwalitatief goede zorg te kunnen waarborgen moet er dus ruimte zijn voor deze emoties en goede nazorg worden geboden voor artsen. Zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van kinderartsen ten aanzien van de verwerking van een traumatische gebeurtenis lijkt daarom nodig om inzicht te krijgen in wat goede nazorg voor deze kinderartsen kan inhouden.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Naar het mentale welbevinden van kinderartsen wordt steeds meer onderzoek gedaan. Veel internationaal onderzoek richt zich op de prevalentie en oorzaken van burn-out bij kinderartsen (Cull et al., 2019; Grossman et al., 2019; Webber et al., 2020). Stressoren op de werkvloer, zoals een hoge werkdruk, lange werkdagen en gebrek aan sociale steun, worden hiervoor verantwoordelijk gehouden (Grossman et al., 2019; Grover et al., 2018). Niet alleen deze werkcultuur is van invloed op het ontstaan van mentale problemen onder kinderartsen: zij

³ NRC, november 2014. Geraadpleegd op 15-02-2022 via <http://www.nrc.nl/next/2014/11/19/nog-een-dode-baby-en-ik-hou-ermee-op-1439196>.

⁴ Zie voetnoot 1

⁵ Medisch Contact, oktober 2012. Geraadpleegd op 14-02-2022 via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ook-emoties-horen-bij-dokter-worden-1.htm>.

maken regelmatig traumatische gebeurtenissen mee en worden in hun dagelijkse werk geconfronteerd met ernstig zieke kinderen en hun (vaak emotionele) ouders (Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019; Weiss & Ludwig, 2019). Het omgaan met het ernstige lijden en overlijden van een jonge patiënt kan als ondraaglijk worden ervaren door de kinderarts en roept allerlei emoties op (Plante & Cyr, 2011; Weiss & Ludwig, 2019). Dit kan leiden tot allerlei psychische problemen (Granek et al., 2014). Van Steijn et al. (2019) onderzochten door middel van vragenlijsten dat Nederlandse kinderartsen het behandelen van ernstig zieke kinderen en het ernstig gehandicapt raken of overlijden van een patiënt ervaren als “stressoren”. Ook het mogelijk missen van een diagnose en twijfels over het maken van de juiste keuze werden genoemd. Van Steijn et al. (2019) brachten tevens in kaart hoe deze kinderartsen hier mee omgingen, en welke steun werd geboden. Opvallend was dat veel kinderartsen de omgang met deze “stressoren” pas gedurende de opleiding tot specialist of daarna zich eigen had gemaakt. Ook de nazorg bleek minimaal: een protocol was vaak niet aanwezig, en kinderartsen benoemden de noodzaak van een cultuurverandering om goed om te kunnen gaan met traumatische gebeurtenissen. Scheepstra et al. (2020) benoemen in een vervolgonderzoek dat kinderartsen de nazorg als onvoldoende ervaren, waarbij inadequate nazorg (mede) kan leiden tot het ontstaan van mentale problemen.

Goede nazorg voor kinderartsen na een heftige gebeurtenis is dus essentieel. Het ontbreekt hier echter nog regelmatig aan, met alle gevolgen van dien (Granek et al., 2014; Scheepstra, 2020; Van Steijn et al., 2019). Om een nieuw licht te werpen op de geleefde ervaringen van deze kinderartsen in deze situatie zal er vanuit een zorgethische lens worden gekeken. Binnen zorgethiek wordt zorg gezien als een praktijk waarin bepaalde personen of groepen verantwoordelijk zijn om responsief in te gaan op zorgbehoeften van een ander (Tronto, 1993). Emotionele betrokkenheid speelt daarbij een belangrijke rol. Deze elementen zijn onderbelicht in het gangbare Westerse denken over geneeskunde, maar worden vanuit de zorgethiek juist benadrukt. De ervaring van acute zorg verschilt van die van chronische zorg omdat, zoals eerder beschreven, gebeurtenissen in de chronische zorg door de band met de patiënt anders ervaren zullen worden (Granek et al., 2014). Naar met name de ervaring en verwerking van kinderartsen in de acute zorg is nog weinig onderzoek gedaan. Dit onderzoek beperkt zich daarom tot de acute, traumatische gebeurtenissen waarbij de uitkomst zowel een ernstige handicap alsook overlijden van de patiënt kan zijn (van Steijn et al., 2019). Het in kaart brengen van deze geleefde ervaringen van kinderartsen, bezien vanuit een zorgethische lens, waarbij aandacht is

voor de concepten ‘verantwoordelijkheid’ en ‘emotie’ draagt bij aan het denken over goede nazorg voor deze kinderartsen in deze situatie.

1.4 Vraagstelling

1.4.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: Hoe ervaren kinderartsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis de verwerking van een onverwachte, acute situatie met ernstig lijden of sterven van de patiënt als gevolg, en wat kunnen deze ervaringen in combinatie met inzichten in verantwoordelijkheid en emotie bezien vanuit een zorgethische lens bijdragen aan goede nazorg voor deze kinderartsen in hun verwerking?

1.4.2 Deelvragen

Ter beantwoording van de hoofdvraag zullen we de volgende drie deelvragen onderzoeken:

- Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur in de concepten verantwoordelijkheid en emotie voor een reflectie op goede nazorg voor kinderartsen gedurende de verwerking van een traumatische gebeurtenis in de professionele setting van een ziekenhuis?
- Wat is de geleefde ervaring van een kinderarts ten aanzien van het verwerken van een onverwachte, acute gebeurtenis met ernstig lijden of sterven van de patiënt als gevolg?
- Wat kunnen de verkregen theoretische en empirische inzichten bijdragen aan goede nazorg voor kinderartsen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis?

1.5 Doelstelling

De interne doelstelling van dit onderzoek is het bieden van inzicht in de geleefde ervaring van kinderartsen die een traumatische gebeurtenis hebben verwerkt, en dit beter begrijpen door het te beschouwen met behulp van inzichten vanuit de concepten verantwoordelijkheid en emotie. Met dit nieuwe inzicht wordt getracht een bijdrage te leveren aan het vergroten van de kennis omtrent deze ervaring en wat goede nazorg behelst voor deze kinderartsen.

De externe doelstelling is een bijdrage leveren aan het gesprek over en onder artsen met betrekking tot het verwerken van traumatische gebeurtenissen om zo ruimte te bieden voor de normalisatie van emoties bij artsen en handvatten aan te reiken voor goede nazorg voor deze groep. Uiteindelijk leidt dit tot een betere verwerking van traumatische gebeurtenissen en zo een gezonder mentaal welzijn onder kinderartsen. Dit geeft de kinderartsen ruimte om oog te hebben voor de zorgbehoeften van de patiënt, wat de patiëntenzorg slechts ten goede komt.

2. Theoretisch onderzoek

In dit hoofdstuk komt het theoretisch onderzoek aan bod waarbij er door middel van een conceptuele verkenning een antwoord wordt geformuleerd op de eerste deelvraag: Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur in de concepten verantwoordelijkheid en emotie voor een reflectie op goede nazorg voor kinderartsen gedurende de verwerking van een traumatische gebeurtenis in de professionele setting van een ziekenhuis? Hiertoe zal eerst beknopt de zorgethiek worden toegelicht. Daarna zal er dieper worden ingegaan op respectievelijk verantwoordelijkheid en emotie, om zo uiteindelijk tot een deelconclusie te komen. De keuze voor deze specifieke concepten wordt toegelicht in paragraaf 2.2 Verantwoordelijkheid en paragraaf 2.3 Emotie en professionaliteit. De opgedane inzichten zullen dienen als theoretisch uitgangspunt in de zorgethische discussie (hoofdstuk 5).

2.1 Zorgethiek

Zorgethiek is een interdisciplinair onderzoeksveld, waarin onderzoek naar maatschappelijk relevante thematiek centraal staat (Leget et al., 2017). Waar de bio-ethiek meer gericht is op handelen (Ten Have et al., 2009, p.43), biedt de zorgethiek een bredere lens. Zorgethiek onderzoekt de vraag “wat is goede zorg” en richt zich hiertoe op zorgpraktijken. Het moreel goede kent immers geen universele regels maar is context-afhankelijk, en wordt zichtbaar binnen deze zorgpraktijken (Leget et al., 2017).

2.1.1 Wat is zorg?

Zorg is een veelgebruikt woord en kent vele definities. Zorghistorica en politicologe Joan Tronto (1993) stelde samen met Berenice Fisher een binnen de zorgethiek veelgebruikte definitie van zorg op. Volgens hen is zorg: “[...] *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, our selves and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.*” (Tronto, 1993, p.103). Zorg is dus een brede activiteit en iets van alle mensen. En zorg is relationeel, iets wat zich afspeelt *tussen* mensen, tussen zorggever en zorgontvanger (Van Heijst, 2011, p.129).

2.1.2 Een zorgethisch mensbeeld

In het gangbare Westerse denken domineert een autonoom en onafhankelijk mensbeeld, waarin zelfregie en vrijheid tot het maken van eigen keuzes hoog worden gewaardeerd (Beauchamp & Childress, 2009; ten Have et al., 2009, p.80; Tronto, 1993; Van de Vathorst & Schermer, 2020). Dit mensbeeld is passend in de huidige Westerse neoliberale samenleving, waarin de

verantwoordelijkheid voor zorg bij het individu wordt gelegd (Tronto, 2017). Tronto beargumenteert echter dat zorg een fundamenteel aspect is in ieder mensenleven (1993, p.162). Ieder mens heeft, op verscheidene momenten in diens leven, zorg nodig. Dit maakt dat we ons mensbeeld moeten bijstellen. Mensen zijn geen onafhankelijke, puur autonome wezens, maar relationele wezens die perioden van onafhankelijkheid afwisselen met perioden van afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid komt naar voren in de eerste levensjaren, waarin ieder mens afhankelijk is van anderen, en we gedurende het opgroeien autonoom *leren* zijn. Daarnaast zijn mensen afhankelijk tijdens perioden van ziekte, of als ze ouder worden. Ook wordt er regelmatig een beroep op mensen gedaan om voor *anderen* te zorgen. Mensen zijn daarom nooit volledig onafhankelijk en autonoom, maar onderling afhankelijk (*interdependent*): autonomie, afhankelijkheid van zorg en geven van zorg wisselen elkaar af (Tronto, 1993, p.162-163; 2017, p.32).

2.1.3 De fasen van zorg

Zorg is een altijd voortdurend proces en bestaat uit verschillende fasen die elkaar opvolgen, maar ook onderling met elkaar verbonden zijn (Tronto, 1993, p.105-108). Zorg begint bij een zorgbehoefte die wordt opgemerkt, waarbij een oplettende houding nodig is. Hierbij gaat het om het opmerken van een behoefte, een nood (*need*), wat onderscheiden moet worden van een belang (*interest*). In tegenstelling tot een belang, wat iets van het individu is, is het uiten van een zorgbehoefte een kreet om hulp en doet daarmee een appèl op een ander (Tronto, 1993, p.164). Om zorg tot stand te laten komen dient deze ander vervolgens de verantwoordelijkheid op zich nemen om te reageren op de zojuist opgemerkte zorgbehoefte. Vaak is dit de zorgprofessional die zichzelf de verantwoordelijkheid toedicht (Van Nistelrooij & Visse, 2018). De derde fase bestaat uit het daadwerkelijke zorg geven, waarmee Tronto (1993) doelt op het fysieke werk dat wordt gedaan om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte. Tot slot wordt nagegaan of adequaat op de zorgbehoefte is gehandeld door te letten op de reactie van de zorgontvanger. Alleen zij die zorg ontvangen kunnen immers aangeven of deze zorg heeft voldaan aan hun zorgbehoefte (Tronto, 1993, p.108). In haar latere werk heeft Tronto nog een vijfde fase toegevoegd: *caring with* (Tronto, 2013, p.35). Deze fase belicht de politieke kant van zorg, en komt enkel tot stand indien de maatschappij zo is ingericht dat de zorgcyclus zich kan blijven herhalen en er structuren of voorzieningen worden ingesteld die blijvend voorzien in de zorgbehoeften van een groep mensen (Tronto, 2013, p.30; 2017). Dit is een democratische, politieke taak en vraagt om vertrouwen en solidariteit (Tronto, 2013, p.30; 2017). Het voorzien

in deze behoeften moet coherent zijn met de democratische waarden rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid (Tronto, 2013, p.35).

In de volgende paragraaf zal de tweede fase, het nemen van verantwoordelijkheid, worden onderzocht. Zorgprofessionals voelen zich vaak verantwoordelijk voor hun patiënt (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Wat maakt hen verantwoordelijk? Ook is in de probleemstelling reeds duidelijk geworden dat niet alleen patiënten, maar ook artsen een zorgbehoefte kunnen hebben. Wie is er verantwoordelijk om zorg te dragen voor het welzijn van de arts? Om tot een antwoord op deze vragen te komen zullen we het concept verantwoordelijkheid uitdiepen aan de hand van drie verschillende zorgethische visies.

2.2 Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid is een centraal begrip in de zorgethiek (Tronto 1993, 2013; Van Heijst, 2005, 2011; Van Nistelrooij & Visse, 2018; Walker, 2007). Het aanvaarden van verantwoordelijkheid is immers nodig om te zorgen (Van Nistelrooij & Visse, 2018; Tronto, 1993). Het nemen van verantwoordelijkheid wordt gezien als het reageren op een kenbaar gemaakte zorgbehoefte (Tronto, 1993; Walker, 2007). Het gevaar is echter dat dit kan leiden tot een situatie waarin zorgverleners zich grenzeloos committeren aan verantwoordelijkheden voor de zorgbehoeften van anderen, waarbij ze hun eigen welzijn uit het oog verliezen (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Zorgprofessionals zoeken dus continu naar een balans in het nemen en beperken van verantwoordelijkheden.

De vraag wie op welk moment verantwoordelijk is, verantwoordelijkheid voelt of verantwoordelijkheid moet nemen, is nog niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Om dichter bij een antwoord te komen bespreken we drie geheel verschillende visies op (het nemen van) verantwoordelijkheid. Deze visies zijn samengevat in tabel 2.1, welke is geïnspireerd op het artikel over verantwoordelijkheid van Van Nistelrooij & Visse (2018).

	De landkaart van verantwoordelijkheden (Walker, 2007)	Professionele verantwoordelijkheid (Van Heijst, 2005; 2011)	Verantwoordelijkheid als fenomeen (Marion, 2002)
Paradigma	Sociale verwachtingen en verdeling van verantwoordelijkheid	Verantwoordelijkheid krijgen als interactief proces	Het onvrijwillig ontvangen en reageren op een appèl van verantwoordelijkheid
Verantwoordelijk want...	De culturele en maatschappelijke context maakt verantwoordelijk door heersende verwachtingen en patronen	De zorgprofessional komt vrijwillig nabij de patiënt en bezit de deskundigheid om gehoor te geven aan de zorgbehoefte	Het fenomeen verantwoordelijkheid toont zich aan de gegevene en maakt de gegevene onvrijwillig verantwoordelijk
Het subject wordt gezien als	Onderhevig aan en onderdeel van sociale rollen en bijbehorende verwachtingen	Iemand die vrijwillig kiest voor en zich bekwaamt om het dragen van verantwoordelijkheid	De ontvanger van het fenomeen verantwoordelijkheid
Nadelen van deze visie	Verantwoordelijkheden worden verdeeld; macht geeft het privilege invloed uit te oefenen op deze verdeling en niet-gewenste verantwoordelijkheden aan anderen toe te kennen	Gaat niet in op de politieke dimensie van (het verdelen van) verantwoordelijkheid en de rol die het instituut hierin speelt	Gaat niet in op de bestaande machtsstructuren

Tabel 2.1: drie verschillende visies op verantwoordelijkheid samengevat

In deze paragraaf diepen we allereerst de, binnen de zorgethiek welbekende, “*geography of responsibilities*” (in het Nederlands: geografie van verantwoordelijkheden) van zorgethica Margaret Urban Walker (2007) uit. Walker (2007) stelde de epistemologie van moraliteit ter discussie en beargumenteerde dat morele kennis gevonden wordt in praktijken van verantwoordelijkheid. Haar vernieuwende visie speelt een belangrijke rol binnen de zorgethiek (Leget et al., 2017). Dit maakt Walker (2007) een belangrijke denker binnen de zorgethiek en daarom onmisbaar in deze analyse.

Ten tweede zal de kijk op verantwoordelijkheid van zorgethica Annelies van Heijst (2005; 2011) worden besproken, omdat zij de vertaalslag naar de professionele setting (o.a. het ziekenhuis) maakt. Van Heijst (2005; 2011) beargumenteert dat verantwoordelijkheid niet slechts voortkomt uit sociale verwachtingen, maar dat een zorgprofessional hier deels ook zelf invloed op heeft, onder andere door zich in een ziekenhuisomgeving te begeven, nabij de patiënt te zijn en bekwaam te zijn om te voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt.

Tot slot zullen we de radicaal andere, fenomenologische benadering van Jean Luc Marion (2002) onderzoeken, zoals beschreven door zorgethici Inge van Nistelrooij en Merel Visse (2018). Deze onderbelichte visie legt, in tegenstelling tot de eerdere twee visies, de nadruk op de passieve kant van verantwoordelijkheid en draagt daarom vanuit een heel andere invalshoek bij aan deze analyse. Marion (2002) beschrijft hoe verantwoordelijkheid iets is wat je overkomt en zet daarmee het subject dat de verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld minder centraal.

Deze drie visies zullen respectievelijk in de volgende drie paragrafen uitgebreider worden toegelicht. Een meer politieke kijk op hoe verantwoordelijkheden verdeeld zouden moeten worden in de samenleving zoals bijvoorbeeld beschreven door Joan Tronto (2013) valt buiten het bestek van deze thesis en zal daarom niet worden besproken.

2.2.1 Een geografie van verantwoordelijkheden

Margaret Urban Walker (2007) schrijft in haar boek ‘*Moral Understandings*’ over morele epistemologie. Zij onderzoekt de vraag: waar komt morele kennis vandaan? In deze zoektocht zet zij zich af tegen het theoretische model, waarin ‘het morele’ verheven en geabstraheerd wordt. Walker (2007) beargumenteert dat moraliteit niet in theorieën bestaat, maar in praktijken. Zo ontwikkelt zij haar *expressive-collaborative model*, waarin uitdrukking en samenwerking over de betekenis van moraliteit vorm krijgt in praktijken, met name in praktijken van verantwoordelijkheid (Walker, 2007, p.16-17).

In haar zoektocht naar een verantwoordelijkheidsethiek haalt Walker het werk van Robert Goodin (1985) aan. Zijn verantwoordelijkheidsethiek baseert zich op het principe dat ieder mens verantwoordelijk is om bescherming te bieden aan zij die kwetsbaar zijn voor onze keuzes en acties. Hij werkte dit uit in een *vulnerability model* (in het Nederlands: kwetsbaarheidsmodel). In dit model laat hij zien hoe we onze verantwoordelijkheden verdelen, en de kwetsbaren daarbij beschermen. Hij trekt hierbij een lineair verband tussen verantwoordelijkheid en kwetsbaarheid: de verplichtingen van de een komen voort uit de kwetsbaarheden van de ander. Goodin (1985) stelt dat zijn theorie zowel geldt voor persoonlijke relaties als voor vreemden. Want, wiens acties en keuzes invloed hebben op de belangen van een ander maakt diegene verantwoordelijk voor het beschermen hiervan.

Walker (2007) is echter kritisch op het werk van Goodin (1985) en stelt dat zijn opvatting van kwetsbaarheid niet klopt. Kwetsbaarheid is volgens Goodin (1985) een driehoeksverhouding tussen een persoon die kwetsbaar is, ten opzichte van een ander, waarbij belangrijke behoeften of belangen van de kwetsbare persoon op het spel staan. Hier ligt een *vulnerability-in-principle* (in het Nederlands: in principe kwetsbaar) aan ten grondslag. Walker beargumenteert echter dat dit niet opgaat voor alle verantwoordelijkheden. Soms ligt er een *dependency-in-fact* (in het Nederlands: feitelijke afhankelijkheid) aan ten grondslag, dat wil zeggen een afhankelijkheidsrelatie waarbij een specifiek persoon als het ware de controle heeft over de kwetsbaarheid van de ander, zoals in een arts-patiënt relatie (Walker, 2007, p.89-90). De verantwoordelijkheden van de één komen soms dus voort uit de concrete kwetsbaarheden van de ander vanwege een *dependency-in-fact*. Dit erkent dus, in tegenstelling tot de *vulnerability-in-principle*, dat sommige mensen concreet afhankelijk zijn van anderen, en anderen niet (Van Nistelrooij & Visse. 2018).

Walker (2007) heeft meer kritiek op het model van Goodin (1985). Zijn theorie helpt tot op zekere hoogte bepalen wie er verantwoordelijk is in een situatie, maar is niet toereikend als de omstandigheden vervagen. In het geval van persoonlijke relaties houdt zijn theorie goed stand, omdat duidelijk is wie de kwetsbare is en wie verantwoordelijk is. Denk hierbij aan een ouder-kind relatie, waarin ouders duidelijk de verantwoordelijkheid dragen om te voorzien in de behoeften van het kwetsbaardere kind. Ook in minder persoonlijke relaties, zoals een drenkeling die afhankelijk is van de redding van een voorbijganger, lijkt het evident dat de voorbijganger verantwoordelijk is om de kwetsbare drenkeling te redden. Dit is met name helder omdat de oplossing voorhanden ligt (de voorbijganger redt de drenkeling) en andere opties niet aanwezig zijn. Het wordt echter ingewikkelder, beargumenteert Walker (2007, p.92), indien er

bijvoorbeeld meerdere voorbijgangers zijn. Wie is er dan verantwoordelijk voor het redden van de drenkeling? Hierin schiet de theorie van Goodin (1985) tekort.

Walker (2007) komt in haar analyse tot het inzicht dat de context heel bepalend is in het spreken over verantwoordelijkheden. De context wordt gevormd door de heersende cultuur en sociale normen, welke behoeften, belangen en verwachtingen scheppen. Een concreet voorbeeld hiervan is dat vrouwen vaak minder gaan werken om voor de kinderen te zorgen. Hoewel zij niet *verplicht* worden deze verantwoordelijkheid te nemen, doen ze het vaak toch vanwege de culturele *verwachtingen* (Van Heijst in: Van Nistelrooij & Visse, 2018). Wie er verantwoordelijk is of als verantwoordelijke wordt gezien, hangt dus af van de context. Dit maakt dat er geen universele opvatting is van verantwoordelijkheid, maar dat in praktijken van verantwoordelijkheid zichtbaar wordt wat (morele) verantwoordelijkheid is (Walker, 2007). In deze praktijken wordt de context zichtbaar waarbinnen de verantwoordelijkheden worden verdeeld, geaccepteerd, geweigerd of gedelegeerd.

Om grip te krijgen op de vraag wie er verantwoordelijk is, pleit Walker (2007) voor het in kaart brengen van verantwoordelijkheidspraktijken door middel van een “*geography of responsibilities*”. Deze geografie maakt de complexe structuur van (aannames van) de verdeling van verantwoordelijkheden zichtbaar. De weergave onthult zo de sociale verdeling van verantwoordelijkheden en brengt in kaart “*who gets to do what to whom and who is supposed to do what for whom*” (Walker, 2007, p.16). Het expliciet maken van concrete verantwoordelijkheden zal tonen dat niet iedereen dezelfde verantwoordelijkheden draagt. Het creëert inzicht in de plekken of personen waar noden worden verondersteld, en waar niet. Het helpt in het ontrafelen waar er verwachtingen tot het nemen van verantwoordelijkheid heersen. De geografie maakt duidelijk wie geacht wordt te zorgen en wie het privilege bezit niet te hoeven zorgen (Walker, 2007; Tronto, 1993, p.121).

De geografie van verantwoordelijkheden van Walker (2007) kan dus inzichten bieden in waar de (verwachtingen, patronen en normen tot het wel of niet nemen van) verantwoordelijkheden liggen. Waarom iemand zich verantwoordelijk voelt is volgens Walker met name te verklaren vanuit de verwachtingen die geschept worden door de context waarin iemand zich begeeft. De vraag is echter of dit de enige reden is. Van Heijst (2005; 2011) beargumenteert dat er meerdere redenen zijn die iemand verantwoordelijk laten voelen, of zelfs verantwoordelijk maken. Haar visie zal in de volgende paragraaf worden uitgediept.

2.2.2 Professionele verantwoordelijkheid

In haar boek ‘Menslievende zorg’ (2005) en haar latere geactualiseerde Engelse vertaling ‘*Professional Loving Care*’ (2011) richt Annelies van Heijst zich met name op professionele zorgverleners en de ontvangers van deze zorg (2011, p.1). Professionele verantwoordelijkheid is volgens haar de respons van een professional op iemand die hulp behoeft (2005, p.263). Dit zijn specifieke verantwoordelijkheden, omdat ze binnen de institutionele context van de gezondheidszorg vallen. Deze context wordt steeds verder begrensd door juridische kaders en protocollen, wat leidt tot een defensievere houding van zorgprofessionals (2011, p.153-154). De vraag welke zorg het beste is in deze specifieke context verschuift daarbij naar de achtergrond, wat de ruimte voor de morele dimensie van professionele verantwoordelijkheid doet afnemen (idem). Toch voelen zorgprofessionals zich vaak genoeg verantwoordelijk. Waar dit gevoel van verantwoordelijkheid vandaan komt zullen we hieronder verder onderzoeken.

Allereerst maakt het feit dat iemand *kan* helpen, diegene verantwoordelijk. Van Heijst (2005, 2011) put hiervoor uit het werk van filosoof Hans Jonas, die onderzoek deed naar de verantwoordelijkheid voor toekomstige generaties, en past dit toe op de professionele zorgpraktijk. Beide gaan immers over het dragen van verantwoordelijkheid voor mensen die de verantwoordelijkheidsdrager niet kent. Hoewel een patiënt een vreemde is voor een zorgprofessional is deze toch bereid verantwoordelijkheid voor de zorg te dragen. Van Heijst dicht dit toe aan de morele verplichting die zorgprofessionals voelen om anderen bij te staan (2005, p.283). Ook wijst Jonas op het responsieve karakter van verantwoordelijkheid: “*the responsive character of responsibility*” (Van Heijst, 2011, p.162). Het uiten van een zorgbehoefte is niet altijd een duidelijke roep om hulp, maar soms slechts zichtbaar door iemands hulpeloze situatie, iets wat zorgprofessionals zullen herkennen. De zorgprofessional is vervolgens verantwoordelijk om hierop te reageren indien de zorgprofessional de juiste vaardigheden bezit om te helpen. Het *kunnen* helpen maakt dat de zorgprofessional *zou moeten* helpen (Van Heijst, 2005; 2011). Dit is het verplichtende karakter van de professionele verantwoordelijkheid. Maar het maakt ook dat de zorgprofessional *wil* helpen, wat raakt aan de morele verplichting. Deze redentatie stelt gelijk ook een grens aan de verantwoordelijkheid: is de zorgprofessional onbekwaam, dan kan deze niet verantwoordelijk worden gehouden (Van Heijst, 2011).

Van Heijst neemt hierbij tevens in acht dat niet elke situatie opgelost kan worden door de zorgprofessional. Niet iedere zieke patiënt kan genezen worden, niet alle verdriet kan worden weggenomen (Van Heijst, 2011, p.149). Dat doet niks af aan de houding en kunde van de

zorgprofessional en moet zeker niet gezien worden als nederlaag van de professional (idem). Want ondanks dat de zorgprofessional diens best doet *kan* niet iedere patiënt genezen worden. Deze erkenning is nodig om beter om te kunnen gaan met verlies en lijden (idem).

Een andere reden die het gevoel van verantwoordelijkheid vergroot is de mate van nabijheid (Van Heijst, 2005, p.293). Van Heijst borduurt hierbij voort op de hierboven reeds besproken geografie van verantwoordelijkheden van Walker (2007). Door het in kaart brengen van ieders positie en bijbehorende verantwoordelijkheid wordt duidelijk dat hoe dichterbij iemand staat, hoe groter het verantwoordelijkheidsgevoel wordt én hoe meer iemand verantwoordelijk wordt gehouden (Van Heijst, 2011, p.169). De mate van nabijheid is op meerdere manieren terug te zien in de zorgpraktijk. Allereerst brengen zorgprofessionals zichzelf in de buurt van de (nog onbekende) zorgbehoevenden door naar hun werk te gaan, waarbij ze hun bereidwilligheid om verantwoordelijkheid te dragen laten zien. Vervolgens gaan ze daadwerkelijk zorgen voor een patiënt, wat iemand tot *hun* patiënt maakt (Van Heijst, 2011, p.169). In het zorgen voor hun patiënt komt de zorgprofessional nog dichterbij door het uitvoeren van lichamelijk onderzoek en het waarnemen van pijn en lijden. Deze drie aspecten dragen zo stuk voor stuk bij aan het gevoel van verantwoordelijkheid van de zorgprofessional (Van Heijst, 2011).

Tot slot onderzoekt Van Heijst (2005; 2011) de relatie tussen verantwoordelijkheid en gevoel. Zij ontleent inzichten hierover aan het werk van R. Jay Wallace, die stelt dat verantwoordelijkheid en het uiten van gevoelens met elkaar zijn verbonden. Gevoelens brengen namelijk onderliggende verwachtingen aan het licht en impliceren een moreel oordeel. Dit geldt zowel voor negatieve gevoelens (zoals wrok) als voor positieve gevoelens (zoals dankbaarheid) (Van Heijst, 2011, p.164-165). Het werk van Walker (2007) voegt hier aan toe dat deze gevoelens vaak sociaal, historisch en cultureel bepaald zijn (Van Heijst, 2005, p. 306). Naast verwachtingen laten gevoelens ook zien wat we belangrijk vinden, zo stelt Walker (2007). Het verantwoordelijkheidsgevoel is dus vaak groter naarmate iemand dichterbij in de persoonlijke omgeving staat (Van Heijst, 2005, p.309).

Zowel de visie van Walker (2007), alsook in hoe Van Heijst (2005; 2011) verantwoordelijkheid benadert, wordt verantwoordelijkheid gezien als een morele taak die vaak voortvloeit uit het beroep wat iemand met een zorgbehoefte doet op een zorgprofessional. Verantwoordelijkheid is iets wat iemand wel of niet kan *hebben*. Marion's (2002) fenomenologie van verantwoordelijkheid laat echter zien dat iemand niet actief besluit om wel of niet

verantwoordelijkheid te nemen, maar verantwoordelijkheid *ontvangt* (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Hier zullen we in de volgende subparagraaf verder op in gaan.

2.2.3 Een fenomenologie van verantwoordelijkheid

De visie van Jean Luc Marion (2002), filosoof en theoloog, is geïnspireerd op de fenomenologie van grondleggers Husserl en Heidegger. Marion (2002) werkt in zijn visie het passieve aspect van verantwoordelijkheid uit, een element dat volgens Van Nistelrooij & Visse (2018) onderbelicht is in de zorgethiek. Hij herdefinieert verantwoordelijkheid als iets dat iemand ontvangt in plaats van neemt, en waar deze vertraagd op reageert, waarbij eerst ruimte wordt gegeven aan de impact van de situatie (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Deze visie wordt hieronder verder toegelicht.

Volgens Marion (2002) is er voorafgaand aan verantwoordelijkheid eerst een fenomeen, ook wel een appèl. Dit appèl komt van buitenaf, is onzichtbaar en totaal onverwacht voor het subject (Marion, 2002, p.283). Waar in de fenomenologie van Husserl fenomenen verschijnen aan een bewustzijn, dacht Marion (2002) daar heel anders over. Het appèl van verantwoordelijkheid komt van buiten de horizon van het subject; deze horizon kent geen zintuigelijke grenzen. Marion (2002) stelt dus dat een fenomeen zich ook kan tonen zonder dat een bewustzijn dat bewust kan registreren. Hij legt dit uit aan de hand van Caravaggio's schilderij 'De Roeping van Mattheüs'. Op dit schilderij zien we hoe een lichtstraal (de roeping, ofwel het appèl) van buiten het schilderij Mattheüs verlicht. Hij reageert door met zijn linkerhand naar zijn borst te wijzen, en verbeeldt zo de vraag: 'Ik?' (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Toch lijkt de betekenis gelijk duidelijk voor Mattheüs. Het appèl komt in dit schilderij letterlijk van buitenaf: de bron is niet afgebeeld en komt van buiten de lijst. We zien het appèl verschijnen door Mattheüs, die het appèl als het ware zichtbaar maakt (Van Nistelrooij & Visse, 2018). De reactie van Mattheüs maakt hem *the given* (in het Nederlands: de gegevene), hij die het fenomeen ontvangt (Marion, 2002, p.287). De eerste reactie op het fenomeen (het appèl) waardoor deze zichtbaar wordt in Mattheüs noemt Marion *the responsal* (in het Nederlands: de verantwoordelijke) (Marion, 2002, p.287-288).

Na de eerste reactie kan er een tweede, late(re) reactie komen. Dit is het verlate, veranderende effect op de gegevene welke leidt tot verantwoordelijkheid. Hierin gaat het niet om of de gegevene verantwoordelijkheid heeft jegens zichzelf of een ander; het gaat om het moeten reageren op het fenomeen zoals dat zichzelf toont (Marion, 2002, p.293-294). Dit is precies de herdefinitie van verantwoordelijkheid waar het Marion om gaat (Van Nistelrooij & Visse,

2018). Het is geen *actief* besluitvormingsproces, waarbij iemand besluit het appèl te horen of zien. Het is juist een *passief* proces, waarbij de verantwoordelijkheid onvrijwillig aan de gegevene verschijnt en diegene verantwoordelijk máákt. De gegevene kan dit slechts nederig ontvangen (Marion, 2002, p.305). Dat proces is niet vrij van lijden; het onvoorziene aspect van het fenomeen gaat immers gepaard met angst bij de gegevene (Marion, 2002, p.306). Marion (2002) beschrijft zo de passieve, onvrijwillige kant van (het ontvangen van) verantwoordelijkheid.

Deze visie laat ons het subject begrijpen als “*what has been given*”, waardoor het subject minder centraal komt te staan (Van Nistelrooij & Visse, 2018, p.283. Markering in tekst). Dit vermindert de last die de verantwoordelijkheid met zich meedraagt. Daarnaast helpt de decentrerende visie van het subject om het normatieve aspect van verantwoordelijkheid, en zo oordelen jegens het subject, te verminderen. De verantwoordelijkheid verschijnt immers als fenomeen vanuit een niet-normatief standpunt. Dit voorkomt het simplificeren van de complexiteit in zorgpraktijken (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

2.2.4 Deelconclusie

Bovenstaande visies bieden alle drie een andere manier om naar verantwoordelijkheid te kijken. Waar Walker (2007) en Van Heijst (2005; 2011) verantwoordelijkheid als iets actiefs benaderen, wat gevormd wordt door context, nabijheid en bekwaamheid, benadert Marion (2002) verantwoordelijkheid als iets passiefs, iets wat je overkomt. Deze drie visies op verantwoordelijkheid zullen in hoofdstuk 5 kritisch worden besproken in relatie tot de empirische bevindingen (hoofdstuk 4). We zullen hieronder eerst het theoretisch onderzoek vervolgen met een analyse van het concept emotie.

2.3 Emotie en professionaliteit

Emoties vormen een terugkerend onderdeel van de werkpraktijk van de kinderarts, die regelmatig heftige gebeurtenissen meemaakt (Granek et al., 2014; 2016; Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019; Weiss & Ludwig, 2019). In deze paragraaf wordt het concept emotie daarom verder uitgediept. Hiertoe zal eerst de bestaande relatie tussen artsen en emoties, gezien vanuit wetenschappelijke literatuur, worden belicht. Vervolgens onderzoeken we hoe deze kijk emoties eigenlijk tekort doet, en wordt een alternatieve, zorgethische visie uiteen gezet. Deze zorgethische visie kan spanning oproepen met de klassieke opvatting van professionaliteit. We

zullen daarom vervolgen met een bespreking van de ideeën over professionaliteit van zorgethica Annelies van Heijst (2005; 2011), omdat zij laat zien dat deze spanning niet hoeft te bestaan. Er wordt afgesloten met hoe de nieuw opgedane inzichten kunnen bijdragen aan het beantwoorden van de theoretische deelvraag.

2.3.1 Artsen en emoties: een moeizame relatie

Emoties zijn een kinderarts niet vreemd. In de werkpraktijk worden zij regelmatig geconfronteerd met heftige, traumatische gebeurtenissen, die allerlei emoties kunnen oproepen (Grossman et al., 2019; Granek et al., 2014; 2016; Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019; Webber et al., 2020; Weiss & Ludwig, 2019). Het overlijden of ernstig gehandicapt raken van een kind valt onder zo'n heftige, traumatische gebeurtenis (Granek et al., 2014; Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019). Kinderarts Paul Brand (2015) omschrijft in zijn boek 'De stoel van God' waarom kinderartsen dit als heftig ervaren:

Want een individuele patiënt, een kind voor wie je als dokter gezorgd hebt, dat is een kwetsbaar en klein en (meestal ook) lief individu met wie je gelachen hebt, naar wie je vertederd gekeken hebt. En Jezusmina, waar ouders bij horen. Ouders die houden van dat kind, voor wie een leven zonder dat kind volstrekt ondenkbaar is. Welke ouder kan zijn kind nu missen? (p.11-12)

Ondanks dat emoties dus inherent onderdeel van de werkpraktijk vormen, ervaren kinderartsen een drempel om deze emoties te uiten (Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019). Het tonen van emoties en deze bespreekbaar maken is nog ongebruikelijk in de werkpraktijk waarin de huidige moraal "hard werken en onaangedaan zijn" verkondigt (De Bree, 2018, p.127). Zorgprofessionals worden opgeleid om boven hun gevoel uit te stijgen. Zo hoeven emoties hen niet af te leiden of hun besluiten te vertroebelen (Van Heijst, 2011). Dit is echter niet zonder gevaren: het ontstaan van mentale gezondheidsproblemen door onverwerkte emoties ligt op de loer (Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019). Het welzijn van deze zorgprofessionals is echter wel onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit van de patiëntenzorg (Baur et al., 2017; Tronto, 1993; Van Heijst, 2011). Om deze kwaliteit te behouden is het dus relevant om aandacht te schenken aan het welzijn en de emoties van de zorgprofessional.

2.3.2 De waarde van emoties: een zorgethische visie

Bovenstaande visie op emoties kan begrepen worden vanuit de bio-ethiek, waar het huidige denken in de Westerse gezondheidszorg grotendeels op gebaseerd is (Ten Have et al., 2009, p.43). Bio-ethiek hanteert de traditionele dualiteit tussen ratio en emotie, waarbij ratio hoger

wordt gewaardeerd. Emoties worden gezien als subjectief en zijn daarom een verstoring van ethische besluitvorming en handelen, dat objectief en rationeel dient te zijn (Guillemin & Guillam, 2015; Pulcini, 2016). De klinische praktijk is echter doordrenkt van emoties, zowel voor patiënten als voor zorgprofessionals (Baur et al., 2017; Guillemin & Guillam, 2015). Indien we het belang en de cognitieve functie van emoties ontkennen, lopen we belangrijke informatie mis. Want emoties hebben ons wel degelijk wat te vertellen.

Filosofe Martha Nussbaum (2001) beschrijft emoties als “*upheavels of thought*”, als een waardenschatting vol van kennis. Emoties laten ons zien wie en wat we belangrijk vinden. Zo dienen emoties als basis om te onderzoeken wat goed handelen is, en vormen ze een belangrijk onderdeel van (ethische) besluitvorming (Nussbaum, 2001, p.19). Emoties zijn niet irrationeel, maar juist de motivatie achter onze overtuigingen, keuzes en handelingen (Pulcini, 2016) en laten ons zien wat er op het spel staat (Baur et al., 2017). Emoties zeggen dus iets over wat moreel belangrijk is voor iemand. Dit maakt emoties volgens zorgethische denkers tot belangrijke bron van kennis en goede zorg, en tevens relevant in ethische besluitvorming (Baur et al., 2017; Ruddick, 1989; Tronto, 1993).

In de waardering van emoties gaat het niet slechts om positieve emoties; ook emoties die traditioneel gezien als negatief worden aangeduid, zoals boosheid, kunnen ons iets vertellen over goede zorg (Baur et al., 2017; Pulcini, 2016; Vanlaere & Burggraeve, 2018). Het onderzoeken van de oorsprong van de emotie kan belangrijke informatie opleveren. Zo kan boosheid voortkomen uit verontwaardiging over iets wat belangrijk is voor iemand (Pulcini, 2016). Hoewel we geneigd zijn deze emoties te onderdrukken, kan juist het uiten van deze emoties – met een goede intentie, in de juiste mate en op een geschikt moment – bijdragen aan goede zorg (Baur et al., 2017; Vanlaere & Burggraeve, 2018).

Emoties bevatten dus veel kennis over wat we belangrijk vinden. Maar we hebben ook gezien hoe artsen zich nog lang niet altijd vrij voelen om emoties te uiten op de werkvloer. Hier is een zekere spanning waarneembaar met het concept professionaliteit. Artsen wordt immers geleerd zich professioneel op te stellen, waarbij idealiter een zekere distantie tot de zorgontvanger wordt gehouden (Martinsen, 2011). Deze distantie leidt tot een neutrale houding omtrent de emoties van de arts, wat zou leiden tot objectiviteit van de zorgverlener (idem). We hebben net echter gezien dat objectiviteit (ratio) niet de standaard hoeft te zijn, en zelfs tekort kan schieten in het geven van goede zorg, waarin emoties juist van grote waarde zijn. In de volgende subparagraaf zal daarom de rol van professionaliteit en de verhouding tot het tonen van emoties worden

onderzocht. Als alternatief wordt de zorgethische visie van Annelies van Heijst (2005; 2011) op professionaliteit uiteengezet, waarin zij de arts als medemens van de patiënt erkent. Door het introduceren van deze menselijke component creëert zij ruimte voor de emoties van de arts binnen de professionele relatie.

2.3.3 De rol van professionaliteit

Professionaliteit is één van de competenties die artsen dienen te bezitten (KNMG, 2016; NFU, 2020). In de opleiding tot arts worden drie dimensies van professionaliteit onderscheiden. (NFU, 2020). Zo moet de jonge arts ten eerste leren omgaan met taken. Dit omvat het dragen van verantwoordelijkheid, zelfstandig werken en samenwerken. Ten tweede moet de jonge arts leren omgaan met anderen, waarbij deze empathisch afstemt op de emoties van een ander, leert omgaan met conflicten en meningsverschillen en leert om feedback te geven en te ontvangen. Tot slot dient de jonge arts om te gaan met zichzelf, door inzicht te verwerven in eigen emoties, een goede werk-privé balans te hanteren en om te leren gaan met stress. Professionaliteit omvat dus het zorgdragen voor de eigen gezondheid en het eigen welzijn zodat de jonge arts optimaal kan functioneren (KNMG, 2016; NFU, 2020). De jonge arts is hier zelf verantwoordelijk voor (NFU, 2020).

Hoe een arts dient om te gaan met diens emoties, en de relatie met professionaliteit wordt niet uitgewerkt in de competentie. Kan het tonen van emoties aan een patiënt onderdeel zijn van professioneel gedrag? De opvattingen hierover verschillen. Grofweg zijn er twee groepen artsen te onderscheiden (Janssens et al., 2019; Pruthi & Goel, 2014). De ene groep is van mening dat emoties bij de arts niet gepast zijn en een teken van gebrek aan zelfcontrole (Pruthi & Goel, 2014). De andere groep voelt wel ruimte voor het tonen van emoties in het bijzijn van de patiënt. Daarbij gelden wel enkele voorwaarden. Zo moeten de getoonde emoties altijd gaan over de situatie en het lijden van de patiënt en mogen de emoties de kwaliteit van zorg niet in gevaar brengen (Janssens et al., 2019). Toch blijft onder artsen de associatie tussen het uiten van emoties bij de patiënt en onprofessioneel en ongepast gedrag bestaan, en worden emoties gezien als teken van zwakte (Janssens et al., 2019).

De verwachtingen van patiënten en hun naasten omtrent (het tonen van) de emoties van de arts lopen ook uiteen (Janssens et al., 2019). Zo vindt de ene groep patiënten het juist prettig als de dokter diens emoties uit, omdat dit empathie en medeleven toont. Dit maakt de arts volgens deze groep tot een betere arts. Andere patiënten geven juist de voorkeur aan een arts die zich professioneel (emotioneel) afstandelijk houdt van de moeilijke situatie waarin de patiënt

verkeert. Zij zien een arts die emoties toont in het bijzijn van de patiënt juist als ongepast (Janssens et al., 2019).

Van Heijst (2005, 2011) hanteert een andere opvatting van professionaliteit, waarin meer ruimte ontstaat voor de emoties van de arts. Volgens Van Heijst gaat professionaliteit in de gezondheidszorg te vaak over de kennis en vaardigheden van de zorgprofessional en benadrukt daarmee de aspecten die de professional *onderscheiden* van de patiënt (2011, p.127). Deze professionele ideologie creëert afstand tussen zorgverlener en zorgontvanger. Van Heijst beargumenteert echter dat artsen en patiënten elkaar juist moeten zien als *medemensen*, waarbij het zorgen rust op een gedeelde basis waarin hulp aan medemensen in nood wordt geboden (2011, p.135). Dit brengt arts en patiënt dicht bij elkaar, wat bijdraagt aan betere zorg (van Heijst, 2011).

Deze visie werkt zij uit met behulp van de presentietheorie van Baart. Deze theorie hanteert een ander doel van zorgen, namelijk de ander bijstaan in diens lijden en diegene niet verlaten (Van Heijst, 2005, p.209). Het gaat hierin niet om puur iets voor de ander doen, zoals vaak het geval is in de curatieve zorg, maar juist om een medemens zijn voor de ander in nood, ook als genezing niet meer mogelijk is. Presentie erkent daarin behoefte als onderdeel van het mens-zijn (Van Heijst, 2005, p.210). In beginsel is hier sprake van een ongelijke, asymmetrische relatie, waarin de één een zorgbehoefte uit en de ander diegene hierin bijstaat. Maar uiteindelijk ontwikkelt het zich tot een wederkerige relatie, waarin “de betrokkenen over en weer elkaars volwaardigheid en menswaardigheid bevestigen” (Van Heijst, 2005, p.210).

Van Heijst werkt de presentietheorie uit tot een “dubbele structuur van behoefte” (Van Heijst, 2005, p.40; 2011, p.144-145). Deze dubbele structuur kent twee lagen, een oppervlakkige en een diepere laag. In de basis bestaat een zorgrelatie uit een asymmetrische interactie: de kwetsbare patiënt met een acute nood doet een beroep op de zorgprofessional die daar wat aan kan doen. Dit is de oppervlakkige structuur, waarin de afhankelijkheid van de zorgontvanger naar voren komt (Van Heijst, 2005, p.42). In de diepte ligt echter een structuur van gelijkheid, een overeenkomstige behoefte van zorgontvanger en zorggever om mens te zijn en iets van het leven te maken (Van Heijst, 2005, p.40, 42). In deze symmetrie interacteren zorgontvanger en zorggever van mens tot mens met elkaar. Er ontstaat een wederkerigheid in de relatie, waarin zorggever en zorgontvanger zich samen richten op de acute nood en daarna ofwel samen tot actie overgaan, of, indien er niks te verhelpen valt, samen de last verdragen (Van Heijst, 2005, p.242). Zorgontvangers worden hierin gezien als unieke

individuen met een eigen mening, die een stempel kunnen drukken op het contact met de zorgprofessional, en die door uitingen van dankbaarheid of humor het contact kunnen verrijken (Van Heijst, 2011, p.141). Deze dubbele structuur van behoefte ontkent dus niet dat een zorgrelatie asymmetrie in macht kent, maar benadrukt de onderliggende medemenselijkheid van de zorgprofessional.

Belangrijk is dat de zorgprofessional in de relatie niet doet alsof. De zorgprofessional is juist aanwezig “als professional die in de beroepsuitoefening voluit menselijk is” (Van Heijst, 2005, p.243). Want ook de zorgprofessional is op de ander aangewezen om zich voldaan te kunnen voelen in het werk. Dit komt neer op een “volmenselijk en tegelijk professioneel in relatie staan”, waarin de zorgprofessional diens authentieke zelf is (Van Heijst, 2005, p.243). Deze professionele relatie verschilt in de kern van een persoonlijke relatie omdat de zorgprofessional zichzelf beschikbaar stelt om de noden van de zorgontvanger voorop te stellen (Van Heijst, 2005).

Concluderend pleit Van Heijst (2005; 2011) dus voor een nieuwe manier van kijken naar professionaliteit, waarin het relationele aspect van mens-zijn en onderlinge afhankelijkheid worden erkend. Medemenselijkheid staat hierin centraal. Het feit dat ieder mens kwetsbaar is en om te overleven afhankelijk is van de zorg van anderen geeft betekenis aan het leven van mensen (Van Heijst, 2011, p.148). Vanuit deze medemenselijkheid ontstaat er ruimte voor het tonen van emoties van de arts, zonder dat dit afbreuk doet aan diens professionaliteit.

2.3.4 Deelconclusie

Emoties vormen een belangrijke bron van kennis over wat goede zorg is, omdat ze helpen in het onderscheiden van dingen die er moreel toe doen, en onze motivatie achter keuzes, handelingen en overtuigingen vormen (Baur et al., 2017; Pulcini, 2016; Van Heijst, 2011). Dit maakt emoties van grote waarde in de zorgpraktijk. Waar artsen, geleid door de huidige opvattingen, nog moeite ervaren met het uiten van emoties, is duidelijk geworden dat emotie en professionaliteit elkaar niet uitsluiten. Het erkennen van de menselijkheid van de arts in de zorgrelatie met de patiënt, brengt ons tot een nieuwe, andere opvatting van professionaliteit, waarin arts en patiënt van mens tot mens met elkaar interacteren (Van Heijst, 2011). Deze nadruk op de menselijkheid van de arts, juist in de arts-patiënt relatie, biedt ruimte voor het hebben en uiten van emoties bij de arts.

2.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is gezocht naar inzichten uit de zorgethische literatuur omtrent de concepten verantwoordelijkheid en emotie die een reflectie kunnen bieden op goede nazorg voor kinderartsen gedurende de verwerking van een traumatische gebeurtenis in de professionele setting van een ziekenhuis. De belangrijkste inzichten zullen hieronder worden besproken en worden in de zorgethische discussie (hoofdstuk 5) kritisch beschouwd in relatie tot de empirische bevindingen.

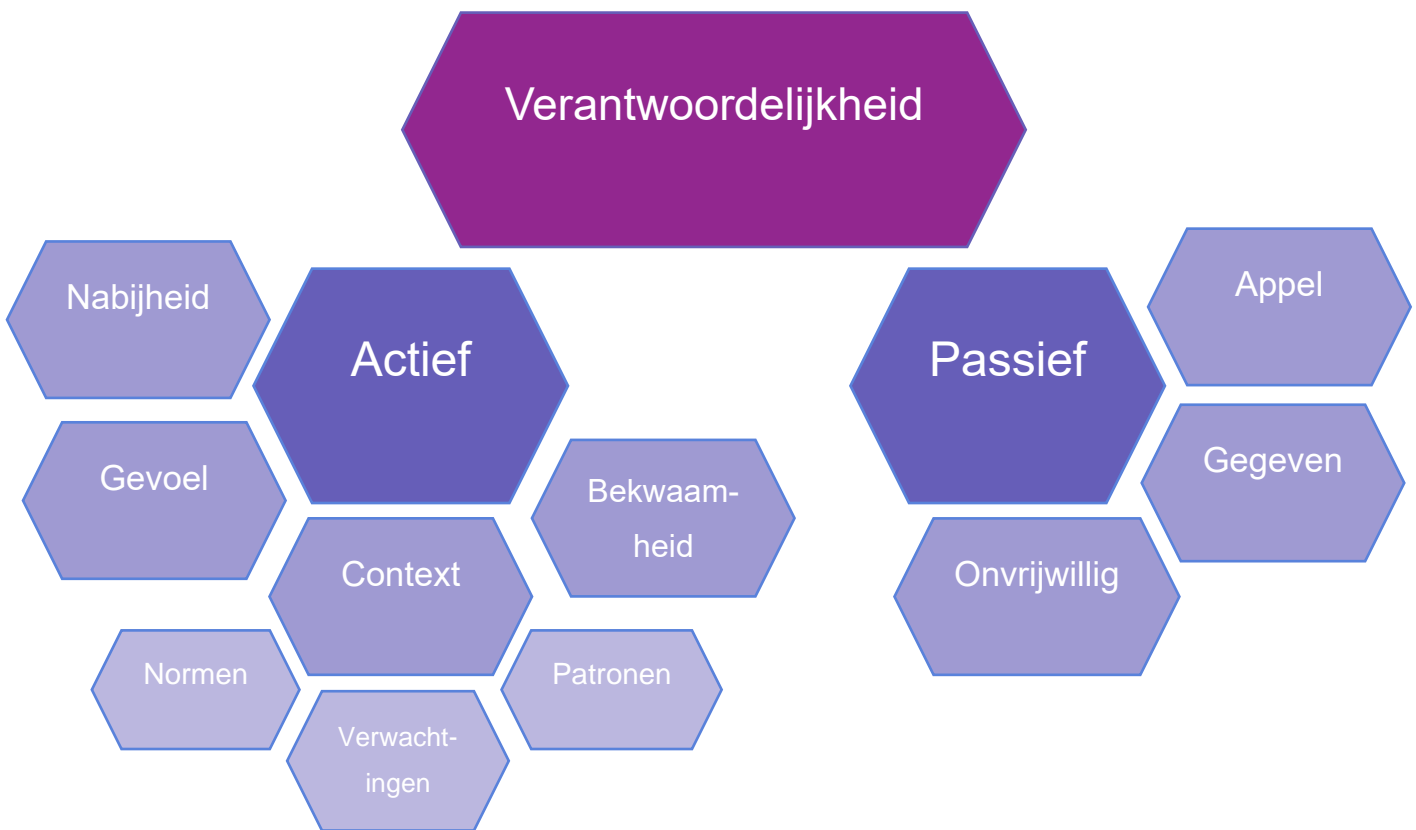
2.4.1 Inzichten omtrent verantwoordelijkheid

Grofweg zijn er twee benaderingen van verantwoordelijkheid te onderscheiden. Enerzijds is er een actieve benadering zoals Walker (2007) en Van Heijst (2005; 2011) beschrijven, waarin verantwoordelijkheid iets is wat genomen, verdeeld of geweigerd kan worden. Anderzijds is er een passieve benadering zoals Marion (2002) beschrijft, waarin verantwoordelijkheid iets is wat je overkomt, zonder dat je daar actief over beslist.

De actieve benadering stelt ons in staat na te denken over wie verantwoordelijkheid draagt en waarom. Het in kaart brengen van verantwoordelijkheden zoals in de geografie van verantwoordelijkheden van Walker (2007) ontrafelt heersende verantwoordelijkheidsstructuren. Deze geografie kunnen we toepassen op de zorgpraktijk, om expliciet te maken waar zorgbehoeften liggen, wie hier de verantwoordelijkheid voor draagt en ook wie geen verantwoordelijkheid heeft of neemt. De inzichten van Van Heijst (2005; 2011) sluiten hier goed bij aan en helpen ons begrijpen dat het verantwoordelijkheidsgevoel van zorgprofessionals gevoed wordt door nabijheid (bij de patiënt) en bekwaamheid van de professional. Beide auteurs benadrukken hoe heersende (culturele en maatschappelijke) verwachtingen het gevoel van verantwoordelijkheid kunnen vergroten.

De passieve benadering van Marion (2002) toont hoe een subject overvallen kan worden door verantwoordelijkheid, zonder dat hier een actief besluitvormingsproces aan vooraf is gegaan. Deze benadering helpt ons nadenken over hoe zorgprofessionals verantwoordelijkheid kunnen ervaren. Het biedt een manier om de centrale rol van het subject in het geheel te relativiseren: degene die verantwoordelijkheid draagt heeft dit immers gekregen zonder daar een keus in te hebben. Bovendien beschrijft Marion (2002) verantwoordelijkheid als niet-normatief, wat helpt om de oordelen jegens het subject te verminderen. Dit voorkomt het simplificeren van de complexiteit in zorgpraktijken (Van Nistelrooij & Visse, 2018).

De bovenstaand beschreven aspecten van verantwoordelijkheid zijn weergegeven in figuur 2.1.



Figuur 2.1 Overzicht van de aspecten van verantwoordelijkheid

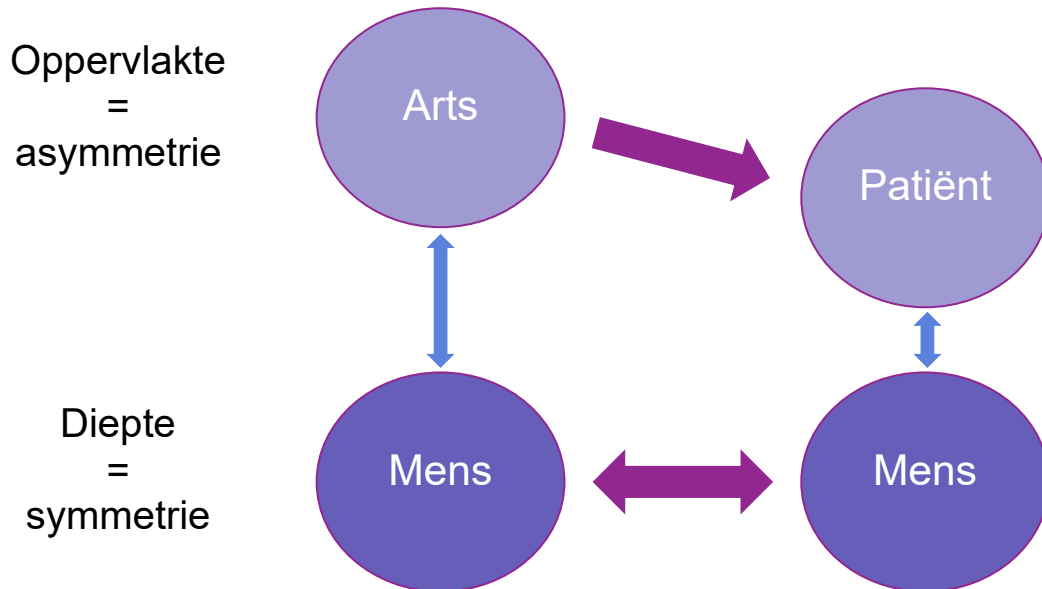
2.4.2 Inzichten omtrent emotie

Een zorgethische visie op emoties helpt ons om emoties op waarde te schatten. Emoties vormen een belangrijke bron van motivatie en dragen bij aan besluitvormingsprocessen en goede zorg (Baur et al., 2017; Pulcini, 2016). Emoties vertellen artsen én patiënten dus veel over wat de arts raakt. Het tonen hiervan maakt artsen juist tot *medemens* van de patiënt.

De huidige opvatting van professionaliteit benadrukt de verschillen tussen arts en patiënt en creëert daarmee juist distantie (Van Heijst, 2005; 2011). Door anders te kijken naar professionaliteit maken we ruimte voor de menselijkheid, en dus de emoties, van de arts. Van Heijst (2005; 2011) pleit er daarom voor dat we naar de arts-patiënt relatie kijken als een dubbele structuur van behoefte; in de oppervlakte gekenmerkt door een asymmetrische relatie (patiënt in nood doet beroep op bekwame zorgverlener), maar in de diepte een gelijke

relatie van mens tot mens. Het erkennen van de medemenselijkheid in deze relatie is verrijkend, en biedt ruimte voor de emoties van de arts (Van Heijst, 2011).

In figuur 2.2 is de dubbele structuur van behoefte visueel weergegeven.



Figuur 2. 2 Visuele weergave van de dubbele structuur van behoefte

2.5 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts worden gebruikt om richting te geven aan het analyseren en interpreteren van de verzamelde data (Blumer, 1954). Dit helpt de onderzoeker gevoelig te maken voor bepaalde ideeën en fungeren zo als theoretische lens gedurende de analyse (Boeije, 2014, p.39). Door *bridling* (voor nadere uitleg zie hoofdstuk 3) toe te passen komen deze concepten niet in de weg te staan van de open fenomenologische houding. Concepten die zullen worden gehanteerd zijn: verantwoordelijkheid, verantwoordelijkheidsgevoel, nabijheid, bekwaamheid, verwachtingen, geroepen zijn, appèl, onvrijwillig(e) verantwoordelijk(heid), emotie, verdriet, schuld, professionaliteit, medemenselijkheid, zorgrelatie.

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt stapsgewijs beschreven hoe de empirische data zijn vergaard en geanalyseerd. Hiertoe zal eerst uiteen worden gezet waarom er gekozen is voor een fenomenologische benadering. Daarna zal de gekozen methode, de *Interpretative Phenomenological Approach* (IPA) van Jonathan Smith (2009), worden toegelicht. Vervolgens zullen de doorlopen stappen in het verzamelen en analyseren van de data worden besproken. Het hoofdstuk wordt besloten met het bespreken van de ethische overwegingen.

3.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek is gekozen voor een fenomenologische benadering. Fenomenologie is de studie naar een fenomeen, naar “dat wat zich toont” (Van der Meide, 2015, p.22). In zowel fenomenologie als in zorgethiek ligt de focus op de geleefde ervaring (Leget et al., 2017). Door te kijken naar concrete ervaringen van mensen wordt zichtbaar wat het moreel goede is in een specifieke context, en kunnen we de betekenis in zorgpraktijken ontdekken (Leget et al., 2017). Dit maakt de fenomenologie binnen de zorgethiek een relevante onderzoeksmethode.

Fenomenologie als onderzoeksmethode is geïnspireerd op filosofische ideeën, geïntroduceerd door Edmund Husserl (1859-1938), als tegenreactie op de filosofie van toen (Van der Meide, 2015). Deze filosofie was volgens Husserl te abstract en daarmee vervreemd geraakt van de geleefde werkelijkheid. Fenomenologie werd gezien als een nieuwe manier om filosofie te beoefenen, met daarin centraal de betekenis van de wereld zoals deze concreet door een persoon wordt ervaren (J.A. Smith et al., 2009, p.24; Van der Meide, 2015). Waar Husserl streefde naar het *beschrijven* van deze ervaring, ontwikkelde Heidegger, een student van Husserl, vervolgens een fenomenologie met meer focus op *interpretatie*. Daarbij stelde hij dat mens en wereld onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, waardoor we onze ervaringen alleen kunnen interpreteren door te kijken naar onze relatie met dingen in de wereld (D.W. Smith, 2018). Hij noemde dit *in-de-wereld-zijn* (Van der Meide, 2015). In dit onderzoek wordt een hermeneutische benadering van fenomenologie aangewend, waarbij de focus ligt op zowel het ontdekken en beschrijven van het fenomeen alsook het interpreteren ervan (J.A. Smith et al., 2009, p.24, 31).

3.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is gekozen voor de *Interpretative Phenomenological Approach* (IPA) van Jonathan Smith (2009) als fenomenologische onderzoeksmethode. Dit is een interpretatieve benadering, waarbij de focus ligt op een particuliere geleefde ervaring en hoe deze beleefd wordt door een uniek persoon (J.A. Smith et al., 2009, p.19). Deze methode is geschikt voor een kleine studiepoppulatie (n=5) zoals in dit onderzoek. IPA gaat er vanuit dat het onderzochte fenomeen reeds bestaat, maar dat de onderzoeker het fenomeen helpt helder te krijgen (beschrijven) en de betekenis ervan onderzoekt (interpreteren) (J.A. Smith et al., 2009, p.36). Daarin wordt de ambiguïteit van ervaringen onderzocht, zonder deze te versimpelen of te willen verklaren (Van der Meide et al., 2014). Belangrijk hierbij is een open en reflexieve houding van de onderzoeker. Deze laat het fenomeen verschijnen en probeert deze zogezegd mee te ervaren (Van der Meide, 2015). Om deze *fenomenologische houding* te verkrijgen wordt er *bridling* toegepast: het bewust zijn van en vervolgens beteugelen van eigen vooronderstellingen, ervaringen en verklaringen (Finlay, 2008; Van Wijngaarden, 2015). Dit is onder andere gedaan door het bijhouden van een reflexief logboek waarin eigen gedachten en gevoelens met betrekking tot het onderzoek expliciet zijn gemaakt, met de doel hier meer de regie over te hebben gedurende het onderzoek (Finlay, 2008; Van Wijngaarden, 2015).

Idealiter wordt in fenomenologisch onderzoek het theoretisch onderzoek pas na de empirische fase gedaan. Echter gezien het beperkte tijdsbestek van deze masterthesis is het theoretisch onderzoek gelijktijdig met het empirisch onderzoek uitgevoerd; hierbij is *bridling* extra belangrijk gebleken (Van Wijngaarden, 2015).

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De onderzoekseenheid bestaat uit een vijftal kinderartsen werkzaam in het ziekenhuis. Hiervoor heeft de onderzoeker haar eigen netwerk aangesproken en kinderartsen geworven die werkzaam zijn op de kinderafdeling van een perifeer ziekenhuis in regio Utrecht. Er zijn twee vrouwen en drie mannen geïnterviewd, met leeftijden variërend tussen de 40 en 60 jaar. Vier van deze kinderartsen hadden daadwerkelijk een onverwachte en acute gebeurtenis meegemaakt welke hen is bijgebleven. Met één kinderarts is met name gesproken over een klacht die ouders hadden ingediend na een casus die voor deze kinderarts niet zozeer als heftig werd ervaren (zie ook hoofdstuk 7). De besproken casuïstiek is maximaal vijf jaar oud, zodat deze voldoende verwerkt is maar wel nog enigszins gedetailleerd herinnerd kan worden door de kinderartsen. Bovendien,

gezien dit onderzoek zich richt op de nazorg voor kinderartsen, zorgt deze tijdslimiet ervoor dat de nazorg die de kinderartsen hebben ontvangen nog grotendeels het huidige beleid representeert.

3.4 Dataverzameling

IPA richt zich op rijke, gedetailleerde beschrijvingen van individuele ervaringen. Om deze complexiteit te kunnen vangen wordt er gefocust op kwaliteit, en niet op kwantiteit. Voor een masterthesis wordt een klein aantal van drie tot maximaal zes casussen geadviseerd (J.A. Smith et al., 2009, p.52). In dit onderzoek zijn daarom vijf semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen (Van der Meide, 2015; J.A. Smith et al., 2009, p.52, 59). Deze interviews zijn zo snel mogelijk na afname getranscribeerd in *thick descriptions*, ofwel rijkelijke, gedetailleerde beschrijvingen (Creswell & Poth, 2018, p.324; Van der Meide, 2015). Daarbij is aandacht geweest voor zowel dat wat wordt gezegd, alsook non-verbale uitingen zoals emoties. Dit draagt bij aan het rijke karakter van de interviews en kan helpend zijn bij de analyse (J.A. Smith et al., 2009, p.73).

Voorafgaand aan de interviews werd *informed consent* besproken en het formulier ondertekend (zie bijlage 1 & 2). Alle gesprekken zijn, met goedkeuring van de participanten, opgenomen met zowel telefoon als laptop om transcriptie naderhand mogelijk te maken. Gedurende de interviews is gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclist om de beginnende onderzoeker aanknopingspunten te geven voor het gesprek (zie bijlage 3). Tijdens het gesprek was de intentie van de onderzoeker om de geleefde ervaring van de kinderarts met een open blik te benaderen, betrokken te zijn en het fenomeen mee te beleven (Van der Meide, 2015). De interviews duurden allen ongeveer een uur en grepen plaats op een door de kinderarts zelfgekozen locatie (allen in het ziekenhuis).

3.5 Data-analyse

Bij IPA wordt niet gezocht naar de essentie van het fenomeen, maar ligt de nadruk op gedetailleerde analyses van de geleefde ervaring van unieke personen (J.A. Smith et al., 2009, p.39). Voor de data-analyse in IPA is geen vastomlijnde methode beschikbaar (J.A. Smith et al., 2009, p.80). Daarom zijn in dit onderzoek de stappen gevolgd zoals beschreven door J.A. Smith (2009).

In de verkregen data van dit onderzoek lag de focus van de analyse op zowel het begrijpen als het interpreteren van de geleefde ervaring van het particuliere individu. De analyse bestond uit een herhalend proces waarin heen-en-weer bewogen werd tussen de specifieke opvattingen van iedere deelnemer en de overkoepelende patronen in de data. Aanvankelijk is iedere casus afzonderlijk nauwkeurig onderzocht door deze te lezen en te herlezen. Eerste gedachten en observaties naar aanleiding van het interview zijn opgeschreven in een reflexief logboek om dit gedurende het begin van de analyse tijdelijk tussen haakjes te kunnen zetten (J.A. Smith et al., 2009, p.82). Gedurende het lezen zijn eerste, beschrijvende codes aan de tekst gehangen met behulp van Atlas.ti⁶. Het coderen was, net als de analyse in het geheel, een dynamisch proces waarbij heen-en-weer bewogen werd tussen het geheel en de delen van de casus. Na het coderen zijn de afzonderlijke codes samengevoegd tot overkoepelende thema's, waarin losgekomen werd van details met behoudt van complexiteit (J.A. Smith et al., 2009, p.91). Deze stappen zijn voor iedere casus afzonderlijk doorlopen en weergegeven in een tabel (Creswell & Poth, 2018, p.190-191; zie voor een voorbeeld bijlage 4). Tot slot zijn de gevormde thema's van verschillende casussen met elkaar vergeleken en is gezocht naar overeenkomsten en patronen, met behoud van onderlinge verschillen (J.A. Smith et al., 2009, p.80-81; zie bijlage 5). De empirische bevindingen zijn opgeschreven in hoofdstuk 4.

3.6 Ethische overwegingen

Er zijn verschillende stappen genomen om de integriteit van het onderzoek te waarborgen. Zo is voorafgaand aan het onderzoek toestemming verkregen van de ethische commissie. Daarnaast is vooraf een data-managementplan opgesteld volgens de richtlijnen van de Universiteit voor Humanistiek, voor veilige opslag van de data. Verkregen data zijn bij het transcriberen direct geanonimiseerd om zo de privacy en vertrouwelijkheid te waarborgen.

Alle participanten hebben voorafgaand aan het interview uitgebreide informatie gehad over het onderzoek en de gelegenheid om vragen te stellen (zie bijlage 1). Voorafgaand aan het onderzoek heeft iedere deelnemer een *informed consent* formulier ondertekend (Aluwihare-Samaranayake, 2012; zie bijlage 2). Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig, waarbij deelnemers zich op elk moment konden terugtrekken, zonder opgave van redenen (Boeije, 2014). Nazorg is niet nodig gebleken (Aluwihare-Samaranayake, 2012).

⁶ Dit is een programma om kwalitatieve analyse te ondersteunen, zie ook <https://atlasti.com/>

4. Empirische bevindingen

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag: Wat is de geleefde ervaring van een kinderarts ten aanzien van het verwerken van een onverwachte, acute gebeurtenis met ernstig lijden van de patiënt als gevolg? In de analyse zijn vijf verschillende thema's naar voren gekomen, die zowel overeenkomsten als verschillen tussen de kinderartsen belichten. Deze thema's zijn: 1) Relativeren van het gevoel tekort te schieten, 2) Ontladen en verwerken door praten, bevestiging en afleiding, 3) Ouders ondersteuning bieden in de verwerking, 4) Emoties mogen, maar beperkt, en tot slot 5) De verantwoordelijkheid van de kinderarts is groot. Deze thema's zullen in dit hoofdstuk in bovenstaande volgorde worden besproken en toegelicht met citaten van de kinderartsen. Om aan de ervaring van iedere kinderarts recht te doen wordt de complexiteit en ambiguïteit in ervaringen weergegeven. Hoewel de thema's apart worden besproken zal gedurende het hoofdstuk ook de samenhang duidelijk worden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een deelconclusie.

4.1 Thema 1: Relativeren van het gevoel tekort te schieten

4.1.1 Het gevoel tekort te schieten versus ik heb het goed gedaan

In de situaties waar de kinderartsen op reflecteren waren zij allen verantwoordelijk geweest voor een kind dat ernstig ziek is geworden, waardoor dit kind gehandicapt is geraakt of zelfs is overleden. Dit had bij een aantal kinderartsen tot gevolg dat zij direct na de casus kampten met het gevoel tekort te hebben geschoten. De kinderartsen trokken hun eigen kunde in twijfel, en stelden zichzelf vragen als: had ik niet beter gekund? Had ik de diagnose niet eerder kunnen stellen? Heb ik nu de prognose verslechterd?

Dus dat was een heftige diagnose, waarbij ik natuurlijk voor mijzelf heel erg baalde en terug zat te kijken: had ik dat, ik heb ze één keer gezien, maar had ik niet toch gewoon scherper moeten zijn [...]Ik baalde natuurlijk [...], ik wist wel van die diagnose, maar ik heb er toen niet aan gedacht. (R5)

Het gevoel van tekortschieten uitte zich bij de kinderartsen op allerlei manieren. Het bracht het gevoel gefaald te hebben omdat ouders en kind onvoldoende waren geholpen. Ook gaf het gevoelens van onkunde, waarbij de kinderarts zich afvroeg of de patiënt niet beter af was geweest bij een andere dokter, omdat die misschien doortastender zou zijn geweest. Dat gaf ook gevoelens van boosheid op zichzelf: was ik maar kritischer geweest. Één kinderarts voelde

ook schaamte naar andere dokters, want: nu ik deze diagnose niet heb kunnen stellen, vindt de ander mij dan nog wel een goede dokter? Andere kinderartsen voelden zich machteloos en gefrustreerd: had dit echt niet anders gekund? Daarbij realiseerde een kinderarts zich ook hoe machteloos je tegenover de ziekte kan staan:

Ik denk frustratie over het feit dat een kind zo ziek wordt en hoe machteloos je bent. Met alles wat je hebt en kunt en ik had echt topverpleegkundigen, dat ging allemaal als een trein en tóch dat je niet kan voorkomen dat iemand zo ziek wordt. (R8)

Deze gevoelens waren zo sterk, omdat de kinderartsen zich verantwoordelijk voelden en het voor hen belangrijk is om het goed te doen. Want weten dat je het goed gedaan hebt maakt het gevoel van tekortschieten minder groot, minder knagend.

Uiteindelijk zijn daar mensen die hun kind in jouw handen leggen en [...]als dokter wil ik daar het allerbeste voor doen. Heel veel is goed, maar je wil natuurlijk altijd toch het gevoel hebben ja, ik heb gewoon heel erg mijn best gedaan. (R4)

Twee kinderartsen reageerden echter heel anders op de casus. Voor hen was het gelijk duidelijk dat ze niks anders hadden kunnen doen om de uitkomst te veranderen. Zij twijfelden naderhand niet aan hun handelen, omdat dit volgens hen goed was. De beslissingen die in het acute moment waren genomen zijn goed geweest en hadden niet anders hoeven. Sterker nog, ze zouden het de volgende keer precies zo doen. Dat maakt ook dat deze kinderartsen zich niet schuldig over of verantwoordelijk voor de slechte uitkomst voelden. Hoewel deze uitkomst afschuwelijk is, kunnen ze er vrede mee hebben, omdat de uitkomst buiten hun macht heeft gelegen.

Dus ik heb daar, ook al had ik het misschien anders kunnen doen, daar heb ik gewoon... geen, nou ja ik baal verschrikkelijk, ik vind het afschuwelijk, maar toch denk ik van ja, weet je, als ik alles terugkijk, ik zou het weer zo doen. (R3)

Deze duidelijkheid maakte ook dat de kinderartsen zich niet emotioneel voelden over de casus. Één kinderarts heeft zich meer een voorbijganger gevoeld in de casus: kort en intens betrokken, maar een hele kleine rol in het grotere geheel. Dat maakte het gevoel van verantwoordelijkheid voor de uitkomst veel kleiner.

Ondanks de verschillende manieren van reageren na de casus, heeft vrijwel elke kinderarts het proces nagelopen om na te gaan of de situatie echt goed is gegaan, en meestal om antwoord te zoeken op de vraag: had het beter gekund? Sommige kinderartsen stonden daar redelijk nuchter

in, en konden het vlot voor zichzelf relativeren. Andere kinderartsen deden daar wat langer over. Één kinderarts was er van overtuigd dat het altijd beter moet:

Ik vind altijd dat het beter moet [...] Omdat je wel een beschadigd kind hebt. Nou weet ik ook dat het beloop van deze ziekte zo is, en dat als ze naar huis gegaan was dat ze wellicht overleden was... [pauze] Maar goed, die vraag zal ik mezelf altijd stellen. (R8)

4.1.2 Het relativeren van de eigen rol

De kinderartsen wisten naderhand allemaal hun rol in de casus te relativeren. Er waren verschillende manieren om te relativeren. Zo hielp het de meeste kinderartsen als ze zich realiseerden dat ze niet de enige waren die moeite hadden met de casus of het stellen van de juiste diagnose. Daarbij hielp het helemaal als de kinderartsen zagen dat de kinderartsen in de academie⁷ ook moeite hadden met de casus, of de diagnose hadden gemist. “*Dat is dan weer een geruststelling omdat je denkt oké daar kon ik dus blijkbaar niks aan doen*” (R4). Sommige kinderartsen gingen na hoe de literatuur spreekt over de ziekte en beseften daardoor dat de diagnose zeldzaam was, en dat het ziekteverloop soms heel progressief kon zijn of juist een delay⁸ kent. Door deze factoren te onderscheiden werd duidelijk dat het niet altijd aan hun eigen handelen had gelegen.

Daarnaast realiseerden sommige kinderartsen dat je als dokter niet iedereen beter kan maken, en dat het dus niet altijd jouw schuld is. De casus confronteerde één kinderarts weer expliciet met de sterfelijkheid van ieder mens, ook dat van een kind.

Hoe vaak je voor jezelf ook afvraagt had ik niet, had ik dit, had ik dat, had ik zus, had ik zo... Ja... [stilte]. Dan kom je toch alleen maar terug bij: het is de ziekte en die is bij deze patiënt en dit kan ik doen, en niet meer dan dat. En als dan de ziekte sterker is dan wat wij op dat moment kunnen doen, dan heb je dat te accepteren... (R8)

⁷ Indien een kind heel ziek is wordt deze vaak overgeplaatst van een perifeer (kleiner) ziekenhuis naar een academisch (groter) ziekenhuis, waar gespecialiseerdere kinderartsen werkzaam zijn (zoals een kinderinfectioloog). In ‘de academie’ is bovendien vaak uitgebreidere diagnostiek en behandeling mogelijk.

⁸ Met een delay wordt een vertraging bedoeld. Bijvoorbeeld bij een ziekte die hele onduidelijke symptomen heeft, waardoor er een delay, ofwel vertraging is in het vaststellen van de diagnose.

4.2 Thema 2: Ontladen en verwerken door praten, bevestiging en afleiding

De kinderartsen waren het erover eens dat heel veel praten hielp om de casus te verwerken. Iedere kinderarts heeft naderhand contact met andere collega's gezocht en voelde daarin de ruimte om gedachten en gevoelens te delen. Op deze manier zochten zij steun en bevestiging of het handelen adequaat was. Dit hielp de kinderartsen om in te zien dat je, ondanks de slechte uitkomst, niet per se een fout hebt gemaakt. Alle kinderartsen spraken over een veilig werkklimaat in de groep, waarin naar de ander wordt omgezien, en waarin tevens ruimte is om open en eerlijk naar elkaar te zijn en soms een kritische vraag aan de ander te stellen, met als doel om van elkaar te leren.

[Mijn collega's] stonden te dringen om te kijken wie er met [mij] moest praten, want iedereen wist het en dan kan je dat ook in de groep bespreken, veilig, want dat zijn we onder elkaar, dus dat scheelt al heel erg. (R3)

Ik heb het gevoel dat je dat [het delen van je gevoelens] met iedereen wel kan doen, dat is ook wat het prettige van onze groep. Dat [...] [ik] met iedereen kan sparren, dus op het moment dat ik zal volschieten [...] en er zit toevallig een willekeurige collega bij me, dan zou dat ook prima kunnen en dat voelt ook veilig genoeg. [...] Ik hoef me daarvoor niet te verbergen. (R6)

Deze veilige werkomgeving was heel belangrijk voor de kinderartsen. Het niet kunnen delen van de casus met collega's, of collega's die aftroeven of beschuldigen zou voor hen leiden tot een obstakel in de verwerking.

Ook praatten de kinderartsen met hun partner over de casus. Helpend was als de partner ook een achtergrond had in de gezondheidszorg, omdat diegene de impact dan beter kon begrijpen. Maar de kinderartsen waarbij de partner niet in de gezondheidszorg werkt benoemden dat een partner er ook als mens kan zijn “gewoon door het verdriet even te troosten en ruimte te geven aan dat dit een moeilijk ding is” (R4).

Alle kinderartsen benoemden dat ze het BOT-team⁹ kenden, maar gaven aan hier geen gebruik van te hebben gemaakt. Het spreken met het BOT-team zou immers betekenen dat zij zouden praten met een directe collega: dat voegde weinig toe. Bovendien waren zij allen in “de

⁹ BOT-team staat voor Bedrijfsopvangteam en bestaat uit *peers*, ofwel collega's. In het BOT-team van het desbetreffende ziekenhuis zit een kinderarts die, in het geval van calamiteiten, met de betrokken kinderarts(en) in gesprek kan gaan over de situatie en persoonlijke verwerking ervan.

luxepositie” (R3) om het eigen BOT-team samen te stellen. Zij konden zich wel voorstellen dat, indien je die luxepositie niet zou hebben, het BOT-team waardevol kan zijn.

Naast collega’s en partners werd er niet met andere partijen, zoals een coach of psycholoog, gesproken. Één kinderarts sprak aanvullend nog met een geestelijk verzorger.

En dat was gewoon fijn om éven iemand, waar je alles kwijt kon, die gewoon koffie drinkt, niet oordeelt, maar wel wijs genoeg is om te weten in wat voor omgeving je werkt... ik denk dat dat heel belangrijk is. (R3)

Het praten met anderen droeg bij aan het relativeren van het eigen handelen. Nabespreken met een kinderarts uit de derde lijn¹⁰ (indien het kind was doorgestuurd) hielp sommige kinderartsen om de bevestiging te zoeken dat het eigen handelen goed genoeg is geweest. Ook hielp het soms om terug te horen dat de artsen daar óók moeite ervaarden met de casus, waardoor duidelijk werd dat de factor die het handelen bemoeilijkte buiten de macht van kinderarts lag. Daardoor werd het bovendien een gedeelde last, wat als helpend werd ervaren.

Ja dat (het bellen met de intensivist) heb ik voor mezelf gedaan.[...] Gewoon om te weten van hoe is het (met ouders) [...] en omdat je ergens de bevestiging zoekt dat wat je gedaan hebt, dat dat goed genoeg was.[...] Ook van zijn er nog dingen die ik anders had moeten doen? (R8)

Praten leidde voor de kinderartsen tot ruimte. Dit ervaarden zij als helpend in het verwerken van (de gevoelens en gedachten na) de casus. Want door erover te praten mag het er even zijn.

Nou toch een beetje van je afpraten [...], dat helpt toch een beetje in het verwerken door het erover te hebben... [...] Dan krijgt het iets meer een plaats en dan, ja, dan herhaal je nog een keer voor jezelf hoe het was... en ook, dan ben je niet zo alleen, dan zit het niet alleen maar in je eigen hoofd, dan is het er even. En dan mag het er ook even zijn. (R4)

Sommige kinderartsen benoemden ook nog de waarde die debriefing met het team kan hebben. Hierbij wordt na de casus met de groep betrokken zorgprofessionals nagepraat over hoe het proces is gelopen en is er ruimte voor emoties en gedachten. Het samen nagaan van het proces draagt bij aan de relativering van het eigen handelen.

¹⁰ Met ‘de derde lijn’ worden de academische ziekenhuizen bedoeld. Zie ook voetnoot 7.

Omdat iedereen daar even ruimte krijgt om z'n verhaal en z'n gevoel daarover [kwijt te kunnen]. [...] En daar kun je ook heel goed complimenten in kwijt, want soms loopt het als een tierelier [...] Dat maakt in ieder geval dat je allemaal denkt: het proces is goed gegaan. Dat maakt de uitkomst niet minder verdrietig maar [...] dan heb je minder dat er, lag er nog een factor bij mij, bij jou of bij ons... (R4)

Andere manieren van verwerken die genoemd werden zijn sporten, buiten zijn, fietsen, uitwaaien en mediteren. Deze dingen kunnen helpen, want: *“dan wordt de lading gewoon een stuk minder. Dan kan ik het gewoon beter een plek geven. Het gaat letterlijk uit mijn hoofd.”* (R5). Bij een andere kinderarts bracht die afleiding ook dankbaarheid door het besef heel veel geluk te hebben met gezonde kinderen.

Uiteindelijk leidde voor alle kinderartsen het voorbijgaan van de tijd, gecombineerd met het praten en het zoeken van afleiding tot de overgang naar *“gewoon weer de waan van de dag”* (R5). De kinderartsen werden allen weer ingenomen door de dagelijkse gang van zaken, want het werk ging gewoon verder: je hebt weer een drukke poli¹¹, de diensttelefoon gaat weer onophoudelijk en je rent weer naar een nieuwe spoed keizersnede.

Dus het zakt, op een gegeven moment heel langzaam [...] en dan ben je weer met heel andere dingen bezig en dan denk je er nooit meer aan. (R6)

Dit wegzakken wil niet zeggen dat het voor iedere kinderarts helemaal gedaan is met de casus. Twee dingen kwamen daarin naar boven: het effect op het handelen en het effect op jezelf.

Allereerst had de casus voor veel kinderartsen effect op hun handelen. Zij wilden herhaling van de situatie voorkomen waardoor zij bewuster gingen letten op bepaalde aspecten van hun handelen. Zo ging de ene kinderarts werken met nog meer focus om maar niet afgeleid te raken en het risico te lopen verkeerde beslissingen te maken. Een ander ging juist heel erg letten op de bejegening naar ouders, omdat daar in de basis het verwijt van ouders had gelegen. Weer een ander werd veel alerter op tunnelvisie en werd kritischer op zichzelf tijdens het werken.

Ten tweede benoemden twee kinderartsen hoe de casus je vormt als arts. Een kinderarts benoemde dat de ervaring je milder maakt voor jezelf en naar anderen. *“[Want] doe normaal man, je neemt duizend beslissingen per week, en er is eentje fout gegaan. Het is wat het is.”* (R3). Maar het meemaken van de casus geeft je er ook een butts bij, en vormt een ervaring die je met je mee draagt in je spreekwoordelijke rugzakje. Je neemt soms immers een besluit met

¹¹ De ‘poli’ is een afkorting van polikliniek en verwijst naar het spreekuur van de kinderarts.

vergaande gevolgen, zoals het overlijden van een patiënt. Dat krijgt wel een plek, maar sommige casussen blijven je daar, om wat voor reden dan ook, in bij.

[Wat de] beslissingen die we nemen voor consequenties kunnen hebben [...] dat gaat wel in je rugzak, en die hebben we allemaal. [...] En daar leer je vrede mee hebben, dat kléúrt je, dat maakt dat je bij bepaalde dingen misschien wat proactiever bent, soms wel defensiever bent, dat zakt ook weer met de tijd, maar het kleurt je wel. (R8)

Voor drie kinderartsen was ook duidelijk dat de verwerking nooit helemaal af is, en dat herinneringen aan de casus en bijbehorende emoties op allerlei momenten weer omhoog konden komen. Bijvoorbeeld doordat er iets gebeurde wat deed denken aan die casus, soms juist totaal uit het niets, en soms doordat ze een ouder twintig jaar later weer onverwacht tegen kwamen.

[Ik zag vader weer] en toen kwam bij mij alles terug. Inclusief de emoties [...] dat was zo heftig [spreekt aangedaan, tranen in de ogen]. Dus ja, soms komt het ineens [...]. Je kan alles verwerkt hebben en er kan in één keer járen later iets gebeuren en dan is het er. [...] De enige hoop die je hebt is, als je dan uiteindelijk beslissingen neemt [...] dat ook twintig jaar later je nog wel het juiste besluit genomen hebt. Dat vreet wel eens. (R8)

4.3 Thema 3: Ouders ondersteuning bieden in de verwerking

Twee kinderartsen maakten in hun casus mee dat zij een hele slechte diagnose aan ouders moesten vertellen. Beide kinderartsen hebben dit als erg moeilijk ervaren. Allereerst omdat goede communicatie gebalanceerd moet zijn. De kinderarts moet de ernst van de situatie op een directe manier duidelijk weten te maken zonder dat het wreed wordt, maar tegelijkertijd ouders de hoop niet ontzeggen. Dat alles moet snel gebeuren, omdat er nog tal van andere handelingen op de kinderarts wachten. Daarnaast is het brengen van slecht nieuws als mens heel moeilijk.

Vooral pijn, heel, héél pijnlijk vind ik het om te zien dat mensen iets verliezen waar ze heel lang naar hebben uitgekeken. R4

Elke kinderarts zocht naderhand nog in meerdere of mindere mate contact met ouders. Vooraf kon dat spannend aanvoelen: nemen ze mij wat kwalijk? Komt er nog een tuchtzaak? Ook vroegen sommige kinderartsen zich af of er wel behoefte was aan contact vanuit de ouders. Toch werd er altijd contact gezocht, en de optie aan ouders geboden om een gesprek aan te gaan. Want, zo benoemde één kinderarts, die open houding ben je aan ouders verschuldigd.

Het contact naderhand kende vaak twee hoofddoelen: meeleven en ondersteunen in de verwerking van ouders.

Ten eerste wilden de kinderartsen medeleven tonen aan ouders. Hun kind is heel ziek geworden en soms zelfs overgeplaatst naar het academische ziekenhuis voor verdere diagnostiek en behandeling. Ouders kwamen “*in een soort rollercoaster terecht die alleen maar van kwaad tot erger gaat*” (R8). De kinderartsen vonden het daarom vaak hun verantwoordelijkheid om meelevend en steunend te zijn naar ouders, aan te geven dat ze verdrietig waren en de ernst van de situatie erkenden. Een aantal kinderartsen stuurden achteraf ook wel eens een kaartje, soms meerdere jaren achtereen, om hun medeleven aan ouders te tonen.

[Ik heb] die ouders zelf gebeld om in ieder geval zelf te zeggen hoe ontzettend vervelend ik het vond om dit te horen... [...] Dat vond ik niet vervelend, dat vond ik eigenlijk mijn plicht. (R5)

Ten tweede vonden de kinderartsen het heel belangrijk om de deur open te houden voor ouders. Het is niet de bedoeling om na zo’n heftige situatie helemaal uit beeld te verdwijnen. Bovendien kunnen ouders er, nu of over tien jaar, behoefte aan hebben om de situatie nog eens na te bespreken: wat is er allemaal precies gebeurd, welke beslissingen zijn er genomen en waarom, en heeft iedereen diens steentje bijgedragen in het proces? Dit soort gesprekken kunnen ouders ondersteunen in de verwerking.

Omdat die mensen ergens een verhaal in hun hoofd moeten afhechten, en alle puzzelstukjes die daarin helpen, die zou ik ze willen bieden. Als ze zeggen: dat zou ons één procent helpen, ja dan ga ik dat morgen doen. (R4)

Bij een enkele kinderarts hielp het gesprek ook in de eigen verwerking, maar vaker werd gezegd dat het daar niet om ging. Wel was het voor sommige kinderartsen fijn om van ouders te horen hoe het beloop van de situatie was geweest. Ook kon het opluchten om in alle openheid met ouders te kunnen spreken over het handelen.

Één kinderarts gaf duidelijk aan dat diens empathie voor ouders ook grenzen kon kennen, afhankelijk van de situatie. In een situatie waarin de kinderarts zich verantwoordelijk had gevoeld voor de schadelijke uitkomst was er sprake van een eindeloze empathie, om de eigen last kleiner te maken. Maar indien de rol van de kinderarts beperkt was geweest, dan kende diens empathie ook een limiet. Empathie is voor de kinderarts iets wat kan opraken, “*anders wordt er oneindig aan je gezogen.*” (R3)

4.4 Thema 4: Emoties mogen, maar beperkt

Drie kinderartsen ervoeren tijdens en na de casus emoties, zoals verdriet, schuld en schaamte. Alle kinderartsen waren het er over eens dat emoties op de werkvloer wel mogen, maar in een beperkte mate. Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen het tonen van emoties aan collega's en aan de patiënt en diens ouders.

Alle kinderartsen voelden zich vrij om emoties aan collega's te tonen. Emoties worden immers door iedere arts ervaren. Sommigen toonden dat gemakkelijk aan elke collega, anderen spraken daar meer voorkeur in uit. Maar er was altijd wel iemand die even opkijkt, naar je luistert en naar je vraagt.

[Ik voelde me] wel vrij om [mijn emoties] te vertellen. [En] laten zien, nou meestal ben ik best wel een open boek in dat opzicht, dus mensen zien het meestal wel. Die drempel is er niet, hier. In ieder geval niet voor mij. (R5)

Ik heb het gevoel dat je dat [het delen van je gevoelens] met iedereen wel kan doen, dat is ook het prettige van onze groep. Dat [...] [ik] met iedereen kan sparren, dus op het moment dat ik zal volschieten [...] en er zit toevallig een willekeurige collega bij me, dan zou dat ook prima kunnen en dat voelt ook veilig genoeg. [...] Ik hoef me daarvoor niet te verbergen. (R6)

Waar het uiten van emoties bij collega's geaccepteerd is, ligt het uiten van emoties naar patiënten en diens ouders toe ingewikkelder. Als arts ben je immers een professional en moet je de ouders tot steun zijn. Het gaat niet om de kinderarts: “*het is niet mijn kind, ik ben niet de patiënt, zij zijn het.*” (R8) Vroeger leerden sommige kinderartsen dat ze daarin hard moesten zijn: kiezen op elkaar want jij bent de dokter en moet je groot houden. Die werkhouding is aan het veranderen, waarbij er meer aandacht komt voor de menselijke kant van de dokter. *Ik kan niet een hele zakelijke dokter zijn,, dat kan ik oprecht niet nee. [...] Ik ben teveel met mijn hart betrokken bij alles wat er gebeurt, om dat niet een beetje door te laten schemeren.* (R4) Bovendien realiseren sommige kinderartsen zich dat het ouders ook kan helpen in hun verwerking om te zien dat de dokter het ook zwaar heeft met de situatie.

Het is niet de bedoeling dat ik daar heel hard ga huilen, maar ik ben er inmiddels ook wel weer van afgestapt dat ik daar als een ijzeren hein moet gaan zitten vertellen, denk ik ja, die mensen mogen ook wel eens zien dat dit me ráákt, dat ik het echt afschúwelijk vind voor ze.

(R4)

Zoals de kinderarts in het citaat benoemt: het is voor veel kinderartsen niet de bedoeling dat de arts heel hard gaat (uit)hуilen bij de ouders. Dat zou teveel aandacht opeisen. Het gaat immers om de ouders, en om het verdriet dat *zij* ervaren. De mate van emotie moet dus wel redelijk blijven. Dat onderscheid lijkt helder voor de meeste kinderartsen. Voor de meeste van hen is het geen probleem om emotie zichtbaar te laten zijn naar ouders toe, bijvoorbeeld door tranen in de ogen of een trillende stem.

Je kan niet in huilen uitbarsten en bij moeder en vader op de schouder uithuilen, maar ik denk, als je zo 'n heftige boodschap moet vertellen, dan gaat dat bij mij in ieder geval niet zonder emotie. [...] Je ziet wel de emotie in mijn gezicht, in mijn ogen. [...] En dat [ik] misschien een trillende stem krijg. (R8)

Één kinderarts maakt nog onderscheid in de mate van verantwoordelijkheid die wordt gedragen, en de hoeveelheid emotie die daarbij gepast is. Is de kinderarts niet verantwoordelijk voor de uitkomst, heeft diegene er alles aan gedaan maar zonder goed resultaat, dan is er sprake van verdriet *naast* de ouders. In dit geval voelt het tonen van emoties gepast. Maar is de kinderarts wel verantwoordelijk, heeft diegene een fout gemaakt of het *gevoel* een fout te hebben gemaakt, dan toont de kinderarts diens emoties veel beperkter, omdat de kinderarts dan meer *tegenover* de ouders staat.

Als dat kind doodgaat door [niet mijn schuld] dan zit ik daar met tranen in mijn ogen en meeverdrietig te zijn... maar naast ze. Maar als het gaat over [een casus] waar ik verantwoordelijk voor was voor mijn gevoel, dan zit ik tegenover ze. Als ik dan mee ga zitten huilen, dat heeft geen enkele zin. Want ik ben verdrietig voor ze, maar ik voel me toch ook een beetje verantwoordelijk. Dus ze zullen wel aan me zien dat ik geëmotioneerd ben, maar dan heb ik afstand, want het heeft geen pas om daar verdrietig met hen over te zijn. (R3)

Naast dat de kinderartsen de ouders en hun verdriet centraal willen stellen, was het voor één van de kinderartsen zelf ook belangrijk om diens emoties te begrenzen. Want als je dit vaker meemaakt en het komt iedere keer zo hard binnen, dan ga je er zelf aan onderdoor. Om jezelf daar tegen te beschermen wordt gezocht naar een modus waarin de kinderarts aan de ene kant wel betrokken en empathisch is, maar niet té, zonder daarin door te slaan naar het afstompen van diens emoties.

Stel dat je dit vaker meemaakt en het komt iedere keer zo hard binnen, daar moet je jezelf ook tegen beschermen. Dus je zoekt naar een modus waarin je aan de ene kant wel je betrokkenheid hebt en je empathie [toont], maar aan de andere kant je kwetsbaarheid ook moet afschermen. [...] Je mag niet afstompen [...] maar als je het allemaal keihard binnen laat komen, dan ga je er zelf aan onderdoor. (R8)

Een andere kinderarts erkende dat emoties bij andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, ook iets kunnen zeggen over de ernst van de situatie. Want “*als twee goede verpleegkundigen uit frustratie echt huilen, nou dan is er iets niet goed gegaan, dat is duidelijk.*” (R3). De kinderarts vond het belangrijk om de emoties daarom serieus te nemen.

4.5 Thema 5: De verantwoordelijkheid van de kinderarts is groot

Tot slot werd de grote verantwoordelijkheid die de kinderartsen dagelijks voelen door elke kinderarts besproken. Er werd over drie aspecten gesproken: 1) de verantwoordelijke rol van de kinderarts naar ouders en andere zorgprofessionals, 2) de lading die deze verantwoordelijkheid met zich meebrengt en tot slot 3) hoe fouten maken onontkoombaar is in het vak, en hoe daar mee om te gaan.

4.5.1 De verantwoordelijke rol van de kinderarts

Vier kinderartsen spraken over de verantwoordelijkheid die de kinderarts draagt. Zij schetsten de rol van de kinderarts als degene die eindverantwoordelijk is voor het signaleren van de ziekte en de behandeling van de patiënt, en de daarbij behorende ondersteuning van ouders.

Als kinderarts ben ik echt verantwoordelijk daarvoor. [...] Het herkennen en behandelen van ernstige ziekte bij kinderen, ja dat vind ik, dat is waar ik voor opgeleid ben. Dat is nou net het verschil waar ik vind van, dat is iets wat ik moet doen en wat niet bij een ander kan. (R5)

Ook voelden de kinderartsen zich eindverantwoordelijk voor de zorgprofessionals die betrokken waren bij de casus, zoals verpleegkundigen en arts-assistenten.¹² Verpleegkundigen vinden zo'n heftige casus vaak lastiger, dus hielden de kinderartsen zich voor hen een tijdje groot. En een jonge arts-assistent, daar moet de kinderarts voor klaarstaan, die is nog jong en zonder ervaring en moet dus opgevangen worden na zo'n heftige situatie.

¹² Dit zijn basisartsen (nog niet gespecialiseerd) werkzaam op, in dit geval, de afdeling kindergeneeskunde in het ziekenhuis.

Omdat de eindverantwoordelijkheid uiteindelijk bij mij ligt omdat ik geacht word als kinderarts, [...] dat is misschien heel ouderwets, wij worden geacht te herkennen en te zien en te handelen en je team te ondersteunen. (R8)

Één kinderarts gaf ook expliciet aan zich heel verantwoordelijk voor zichzelf te voelen. Als kinderarts moet je “*het maar gewoon regelen*” (R8) wat betreft het verwerken van de casus. Ondanks dat gevoel komt er meer ruimte voor de kinderarts. Zo gaf een andere kinderarts aan dat als iemand aan het einde van een debriefing vroeg: hoe gaat het eigenlijk met *jou?*, dat de kinderarts dan ook ruimte voelde om wat van de eigen emoties te laten zien en te delen, en dat dat ook heel fijn kan zijn. Een andere kinderarts benoemde ook het belang van het geven van het goede voorbeeld, want als de kinderarts niet voor zichzelf zorgt, van wie moeten de jonge arts-assistenten het dan leren?

Ik moet je heel eerlijk zeggen dat ik ook van een verpleegkundige [...] terug kreeg van, zorg jij wel goed voor jezelf? En hoe heb JIJ het ervaren? Ja... En dat dat ook heel goed was. [...] Dat je niet in je eentje op de wc hoeft te gaan huilen als je zoiets meemaakt, dat je daar met elkaar over praat, en dat dat veel beter is. (R8)

Sommige kinderartsen benoemden ook de verantwoordelijkheid die ze voor elkaar voelen, als collega's onderling. Als groep ben je er verantwoordelijk voor dat, als iemand in een heftige medische situatie is geweest, er tenminste iemand in de groep aandacht heeft voor die persoon en dat die ook diens emoties kwijt kan. Er moet niet alleen met elkaar worden gepraat over of het handelen goed was, maar ook over hoe je je voelt. Dat benadrukt het belang van een veilige werkomgeving waarin er ruimte is om dat te delen. Deze kinderartsen gaven aan dat zij collega's hebben met voelsprietten, die niet alleen vandaag, maar ook over een paar dagen nog vragen hoe het met je gaat. Dat wordt als helpend ervaren.

[Er] zijn natuurlijk wel een paar mensen met voelsprietten in de groep die dan morgen en overmorgen ook nog eens een keer bellen van gaat het eigenlijk wel. Vandaag zegt iedereen: gaat het wel, moet je niet naar huis, maar morgen is je poli weer vol en dan gaan we weer verder. [...] Er zijn ook collega's die wat langer blijven vragen hoe het met je gaat. (R4)

4.5.2 De lading van de verantwoordelijkheid

Die verantwoordelijkheden die kinderartsen voelen, met name voor het welzijn van de patiënt en diens ouders, maar ook voor andere zorgprofessionals en elkaar, werd door verschillende kinderartsen als ‘zwaar’ bestempeld. Één kinderarts noemde het zelfs “*onmènselijk waar we mee bezig zijn, sommige situaties. [...] Je moet er eigenlijk niet bij nadenken wat voor*

verantwoordelijkheid je krijgt, anders stop je er gewoon mee.” (R3) Het besef dat je soms met leven of dood te maken hebt maakt dat de kinderartsen zich realiseren hoe veel verantwoordelijkheid ze dragen. Dit maakt het vak voor velen geladen.

Als iets door jouw handelen veroorzaakt wordt, en als dat op het gebied van leven en dood ligt, dan is dat natuurlijk wel iets anders dan dat je een auto aanrijdt met wat blikshade [...] Dit heeft emotioneel veel meer impact. En dit zie je veel meer als een schuld denk ik. [...] Ik denk dat het daarom zo zwaar is. (R6)

Één kinderarts benoemde ook dat het nemen en dragen van die verantwoordelijkheid van je wordt gevraagd: *“Het wordt ook van je gevraagd. Jij bent mijn kinderarts, dus ik neem aan dat jij álles kan voor mijn kind, want ik vertrouw jóú mijn kind toe.” (R3) Door deze verwachtingen word je, ondanks dat je dat misschien niet wil, als het ware op een “voetstuk” geplaatst. Je kan tenslotte ook niet zeggen tegen ouders: “Ik sta niet op een voetstuk, hoor, want het gaat best wel eens mis!” (R3).*

Dit werk kunnen de kinderartsen nooit maar half doen. Je moet altijd scherp en gefocust zijn, want op je werk draag je altijd de volledige verantwoordelijkheid. Je kunt niet per ongeluk ergens langs kijken want het gevaar ligt altijd op de loer, en voor je het weet stuur je een ernstig ziek kind naar huis. De mogelijke gevolgen, zoals het ernstig gehandicapt raken of zelfs overlijden van een kind, maakt dat de verantwoordelijkheid zwaar voelt. Één kinderarts trekt daarin de vergelijking met een postbode. Als een postbode een verkeerde brief bezorgt is dat vervelend, maar niet onoverkomelijk. Dat heeft hele andere consequenties dan dat iemand door jouw handelen overlijdt of ernstig gehandicapt raakt. Een foute beslissing kan dus grote gevolgen hebben.

[De casus] deed dus veel meer met mij, omdat het echt aan mijn kernwaarden raakt. [...] Anderen zeggen hier dat ik misschien te streng ben voor mezelf, maar ik vind dat ik dit nou echt goed [moet doen], hier moet ik een negen in scoren. [Andere dingen] vind ik ook goed als ik een zesje scoor. [...] Omdat ja, hier heeft een kind echt shade van en kan er aan dood gaan en noem maar op, en bij andere dingen denk ik: ja, daar zijn ook anderen goed in. (R5)

De hoeveelheid beslissingen die de kinderartsen nemen is enorm. Dagelijks moeten de kinderartsen in een splitsecond beslissingen afwegen en ontbreekt de tijd om er rustig over na te denken. En omdat de gevolgen zo groot kunnen zijn maakt dat je moe aan het einde van de

dag, “omdat je de hele tijd toch even twee keer denkt, nog een keer denkt, heb ik dit goed gedaan.” (R3).

Die beslissingen kunnen wel eens knagen. Één kinderarts gaf aan dat die na zo’n heftige casus soms dubbele gevoelens kan hebben ten aanzien van het handelen. Als kinderarts sta je soms voor keuzes waarvan de kinderarts zich afvraagt of je die wel mag maken. Enerzijds voelde het goed om alles gedaan te hebben en alles uit de kast te hebben getrokken. Anderzijds vroeg de kinderarts zich af of die nou echt het juiste had gedaan voor het kind, die een paar dagen langer heeft geleefd maar uiteindelijk alsnog is overleden. Hoewel dat voor de kinderarts op het moment zelf geen discussiepunt is, er wordt altijd gedaan wat er mogelijk is omdat sommige kinderen er wel goed uit komen, kan het achteraf anders voelen: “*nouja ik fiets dan altijd wel een beetje naar huis van god, was dit nou goed dat ik alles uit de kast heb gehaald?*” (R4)

De verantwoordelijkheid wordt ook door een kinderarts gerelativeerd. Want ondanks dat je soms levens redt is het vak niet béter dan andere vakken.

Toen zei die vader joh, ja jullie hebben echt een vák, jullie redden levens, ik werk in de bóúw, hoe belangrijk, hè, wat dóé ik hier op de wereld. Ik zei ja, maar ik ben ook best wel blij dat je mijn huis hebt gebouwd [...]ieder z’n vak. Ik relativeer dat wel. (R4)

Één van de kinderartsen gaf expliciet aan hoe belangrijk het is om soms even niet de zwaarte van de verantwoordelijkheid te voelen. De kinderarts werkt daarom heel bewust parttime en heeft die balans nodig om diens levensgeluk te behouden.

[Soms heb ik] het ook echt wel nodig om even níét aan te staan, en níét altijd verantwoordelijk te zijn en altijd een soort tijdsdruk te voelen... Soms móét ik echt even uit en gewoon lekker handen in de tuin en vies worden [lacht]. Die afwisseling heb ik wel heel erg nodig. (R4)

4.5.3 Het maken van fouten hoort er bij

Hoewel de kinderartsen, door de grote verantwoordelijkheid, geen fouten *willen* maken, realiseren zij zich alle vijf dat fouten maken bij het vak hoort, “*hoe ellendig het ook is*” (R5). Ondanks dat je op een voetstuk staat en de verwachtingen zijn dat je geen fouten maakt, weten de kinderartsen dat dit niet kan. Je bent immers mens en daarmee imperfect. Ze beseffen hoe kwetsbaar ze zijn als arts. Bovendien heb je geen invloed op alle werkomstandigheden, zoals drukte tijdens een dienst, hoe vaak de dienst telefoon afgaat en of je tijd hebt om te eten. Terwijl deze suboptimale werkomstandigheden de kans op het maken van fouten wel verhogen.

Manieren om deze factoren enigszins te beïnvloeden zijn het bewust proberen te behouden van je focus, sterk vertrouwen op je niet-pluis gevoel, altijd wat te eten bij je hebben in een drukke dienst en bij drukte de afweging maken: kunnen we dit nog samen (de kinderarts en de arts-assistent) of moeten we hulp gaan inschakelen?

En het beséf dat je werkelijk soms met leven of dood te maken hebt. [...] Dat is een emotionele belasting. [...] Dat brengt je in een positie waarbij je je weer dondersgoed realiseert hoe belangrijk het is dat je gefocust bent, dat je niet afgeleid bent door andere dingen, dat je zorgt dat je genoeg slaapt, dat je zorgt dat je goed gegeten hebt [...] En tegelijkertijd weet je hoe ongelooflijk moeilijk dat is, als het een drukke dienst is [...] Je realiseert je je kwetsbaarheid.

(R8)

Fouten maken is, ondanks dat het erbij hoort, niet prettig voor de kinderartsen. Twee kinderartsen benoemden de waarschijnlijkheid dat zij zouden stoppen indien zij een fout zouden begaan waarbij een patiënt ernstig lijden zou oplopen. Het ondragelijke schuldgevoel dat het met zich meebrengt zou voor de kinderartsen niet te verzoenen zijn met het werk.

Stel dat jij nu in de auto stapt en jij rijdt een kind dood, dood door schuld. Daar moet je dan de rest van je leven mee verder. [zucht] Durf je dan nog in die auto te stappen? Snap je, of zie je dan elke keer als je rijdt dat kind voor je? R6

Het gaat niet eens altijd over expliciet fouten maken. Één kinderarts maakte duidelijk dat je soms niet eens een fout maakt, maar wel het gevóél kan hebben fout te zijn. Ook als iets voelt als je fout, kan het als heftig worden ervaren door de kinderarts.

Dus ik denk dat die rol die je zelf hebt gespeeld, die je jezelf toedicht, ook al is het niet je schuld, maar als het vóélt als je schuld [zucht], dat is een heel andere lading en een andere emotie. (R3)

Een andere kinderarts maakte het verschil tussen een actieve fout maken of het missen van een diagnose. Dat laatste is onbewust, geen actieve handeling, en voelt daarom anders. Het geeft minder schuldgevoel en is makkelijker te accepteren voor de kinderarts. Je weet nou eenmaal niet alles en mist ook wel eens een keer wat. Daarnaast handel je altijd met de kennis van het moment. Je kan dus een hersenvliesontsteking missen omdat je op het moment van beoordelen daar niet de aanwijzingen voor ziet, waardoor het kind een paar uur later doodziek terugkomt. “Dan kan je misschien zeggen ja, dat had ik misschien moeten doen, maar ja er was op dát moment geen aanleiding voor.” (R6)

Verschillende kinderartsen zijn het erover eens dat het belangrijk is om transparant te zijn over je fouten. Het gaat immers om het welzijn van de patiënt, en niet om jou als kinderarts. Belangrijk is dat je naar andere collega's en ouders open communiceert over je intenties en jezelf kan verantwoorden.

Het is wel zo dat ik denk: ja iedereen moet het weten, ook als het mijn fout is gaan we het daar wel over hebben. Het is niet zo dat ik denk nou, als ik het niet noem zien ze het misschien niet, ofzo. Daar ben ik helemaal niet belangrijk, daar is het kind belangrijk. (R4)

Die openheid over fouten kan je als dokter ook verder helpen in de verwerking van de fout. Het helpt je om milder naar jezelf te worden. Dat is iets wat jonge dokters ook moeten leren.

[Want] doe normaal man, je neemt duizend beslissingen per week, en er is eentje fout gegaan.

Het is wat het is. Ja, ik denk dat dat besef, als jonge dokter, dat je geen enkele fout mag maken en daardoor zo hoog in je ademhaling zit de hele dag: dat moet eruit. Rustig aan...

(R3)

Één van de kinderartsen benoemde hoe belangrijk het is om juist na een fout weer aan het werk te gaan. Verwerken is werken: door jezelf weer volop bloot te stellen aan de praktijk en door je angsten niet uit de weg te gaan maar juist op te zoeken ervaar je weer dat je het heus wel kan. En door weer te werken vind je je onbevangingheid weer terug, iets wat je nodig hebt om dit vak uit te kunnen oefenen.

Iemand zei: moet je niet wat minder werken? Ik denk: ik moet juist meer werken. Geef me maar dienst. Ik moet er weer in, ik moet weer die racebaan op. Heel hard door de bochten knallen. [...] Ik denk dat het bij mezelf ook heeft geholpen: gewoon weer werken, zo snel mogelijk heel veel doen, diensten doen, weer het vertrouwen krijgen en weten dat je het kan en weten dat heel veel dingen goed gaan. En dan is het ook weer prima. (R3)

4.6 Conclusie

Centraal in de verwerking van de kinderartsen staat de vraag: Is mijn handelen goed genoeg geweest, of ben ik tekort geschoten? Met name de ernst van de uitkomst roept het gevoel van tekortschieten op. Het kind in de casus is ernstig gehandicapt geraakt of overleden. De kinderarts heeft in die situatie de verantwoordelijkheid gevoeld deze uitkomst te voorkomen, zonder het gewenste resultaat te behalen. Dit creëert het gevoel van tekortschieten.

Er zijn veel verschillende manieren om hier mee om te gaan. Allereerst door zelf de situatie herhaaldelijk te analyseren en alle stappen in het proces bij langs te gaan. Ten tweede door het met collega's te bespreken, die kunnen bevestigen dat zij net zo zouden hebben gehandeld. Ten derde door het lezen van literatuur en het meest voorkomende beloop te spiegelen aan het beloop in de eigen casus. Tot slot door het met de kinderartsen in het academische ziekenhuis na te bespreken en terug te horen dat ook zij moeite hadden met de behandeling. Alle vier de manieren helpen de kinderartsen relativeren omdat ze bevestigen dat het eigen handelen goed (genoeg) is geweest ondanks de slechte uitkomst, en ze doen realiseren dat de ziekte soms sterker is dan de kinderarts. Dit helpt in het accepteren van de uitkomst.

Iedere kinderarts gaf aan veel over de casus te praten. Door gedachten, zorgen en emoties te delen met directe collega's, partners en in enkele gevallen een buitenstaander, werd er ruimte gecreëerd voor het verdriet en schuldgevoel. Deze ruimte droeg bij aan de verwerking. Ook zochten de meeste kinderartsen afleiding, middels sport of meditatie. Dit hielp om de casus en bijkomende gedachten en gevoelens letterlijk uit het hoofd te krijgen.

De bevindingen laten zien dat de kinderartsen goed willen handelen omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor de uitkomst. Maar zij worden ook verantwoordelijk gemaakt, door de verwachtingen en hoop van ouders dat de kinderartsen hun kind beter zullen maken. Het besef bezig te zijn met leven en dood geeft zwaarte aan de verantwoordelijkheid. Het doet de kinderartsen realiseren in wat voor absurde praktijk zij soms werken. Een praktijk waarin zij beslissing na beslissing nemen onder een hoge werkdruk, waarbij het maken van een foute beslissing op de loer ligt. Een beslissing kan het verschil maken tussen gezond en gehandicapt, tussen leven en dood. Fouten maken hoort er weliswaar bij, maar zou voor veel kinderartsen ook het einde van hun carrière kunnen betekenen. Leven met het besef dat iemand door moet met een groot gemis door (een mogelijk gebrek aan) het eigen handelen voelt als ondragelijk. In de verwerking komt dus een stuk besef naar voren van waar de kinderarts mee bezig is, en een realisatie dat het in de meegemaakte casus zomaar *wel* je eigen fout had kunnen zijn. Dat is een zware verantwoordelijkheid om te dragen.

De verantwoordelijkheden van de kinderartsen reiken nog veel verder. Ze zijn, volgens henzelf, ook verantwoordelijk voor de verwerking van ouders, voor de opvang van de betrokken zorgprofessionals én voor hun eigen verwerking. Gelukkig komt er op de werkvloer meer ruimte voor de gedachten en gevoelens van de kinderarts en in de nabesprekingen met het team. De vraag: hoe gaat het eigenlijk met *jou?*, wordt als helpend ervaren. Ook geven kinderartsen

aan voor elkaar te zorgen. De wetenschap dat zij werkzaam zijn in een veilige omgeving met opmerkelijke collega's die steun kunnen bieden is helpend voor de kinderartsen. Ook emoties worden gedeeld met collega's. In het tonen van emoties naar patiënt en ouders zijn de kinderartsen terughoudender. Daar is wel wat ruimte voor, maar zij vinden het belangrijk professioneel te blijven. Het gaat immers om de patiënt, en niet om hun eigen verdriet.

Verwerking is enerzijds eindig, waarbij gedachten en gevoelens vervagen met de tijd en kinderartsen weer worden meegesleurd in de waan van de dag. Anderzijds kent verwerking geen einde, neem je de casus altijd mee in je rugzakje, vormt het een butts die bij jou hoort en vlamt het soms op de meest onvoorspelbare momenten weer op.

Bovenstaande inzichten zullen in het volgende hoofdstuk kritisch worden beschouwd in het licht van de reeds opgedane theoretische inzichten uit hoofdstuk 2.

5. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk worden de theoretische inzichten (hoofdstuk 2) in discussie gebracht met de empirische bevindingen (hoofdstuk 4) van dit onderzoek. Hiertoe staat de derde en laatste deelvraag centraal: Wat kunnen de verkregen theoretische en empirische inzichten bijdragen aan goede nazorg voor kinderartsen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis? Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden zullen we eerst de theorie en empirie kritisch naast elkaar leggen om te ontdekken waar ze overeenkomen en verschillen, en waar ze elkaar kunnen bekritisseren of verrijken. Zo laten we theorie en empirie een dialectische relatie met elkaar vormen (Leget et al., 2017). De discussie is opgebouwd uit drie delen. Ten eerste bespreken we het gevoel van verantwoordelijkheid van de kinderarts voor de uitkomst van de casus, welke centraal staat in de verwerking. Ten tweede bespreken we de verantwoordelijkheid die de kinderarts voelt voor de nazorg voor anderen en zichzelf, waar we vanuit een zorgethische visie op zullen reflecteren. Tot slot onderzoeken we de ruimte die emoties krijgen binnen de professionele relatie tussen arts en patiënt. Deze kritische beschouwing zal als basis dienen voor hoofdstuk 6, waarin een conclusie en aanbevelingen voor de praktijk zullen volgen.

5.1 Verantwoordelijkheid voor de uitkomst

Uit de empirische bevindingen blijkt dat de kinderartsen na de casus vaak worstelen met het gevoel verantwoordelijk te zijn voor de ernstige uitkomst, waarbij de jonge patiënt die zij behandeld hadden ernstig gehandicapt was geraakt en soms zelfs was komen te overlijden. De eerste reactie hierop was geregeld de gedachte: Ben ik tekort geschoten? Deze vraag kenmerkt het begin van het verwerkingsproces. De kinderartsen gingen voor zichzelf daartoe het hele proces (meermaals) na om na te gaan of zij steken hadden laten vallen of iets niet goed hadden gedaan. Centraal stond daarin de vraag: ben ik verantwoordelijk geweest voor de ernstige uitkomst? Maar is er sprake van verantwoordelijkheid? En hoe bepaal je vervolgens of de verantwoordelijkheid die de kinderarts zichzelf toedicht terecht is? Hoe bepalen we of de kinderarts heeft voldaan aan diens verantwoordelijkheid? Deze vragen zullen we onderzoeken door de empirische bevindingen te bekijken in het licht van de eerder opgedane theoretische inzichten. We zullen hiertoe respectievelijk de volgende aspecten van verantwoordelijkheid bespreken: de mate van nabijheid, de grenzen van bekwaamheid, de druk van de verwachting, de ernst van de situatie en de passieve kant van verantwoordelijkheid.

5.1.1 De mate van nabijheid

In het theoretische hoofdstuk bood Walker (2007) inzicht in de vraag wie er verantwoordelijk is door concrete verantwoordelijkheden expliciet te maken in een geografie van verantwoordelijkheden. Dit brengt in kaart “*who gets to do what to whom and who is supposed to do what for whom*” (Walker, 2007, p.16). Van Heijst (2005; 2011) borduurt daar op voort door te stellen dat de mate van nabijheid in deze geografie correleert met de grootte van het verantwoordelijkheidsgevoel, waarbij geldt: hoe dichterbij, hoe groter.

Op basis van deze inzichten kunnen we constateren dat alle kinderartsen in de basis verantwoordelijk waren voor de patiënt. In de eerste plaats omdat ze naar hun werk zijn gegaan die dag en zich daarmee vrijwillig in de nabijheid van patiënten brachten. Ten tweede door het versterken van de nabijheid door voor de patiënt te zorgen en die toe te eigenen als *hun eigen* patiënt, lichamelijk onderzoek te doen en het lijden (van patiënt en ouders) van dichtbij waar te nemen (Van Heijst, 2005; 2011). Een deel van de geïnterviewde kinderartsen ervoer deze nabijheid in de casus. Hoewel zij niet letterlijk spraken over ‘mijn patiënt’, voelden zij zich duidelijk begaan met en betrokken bij de patiënt en diens ouders, doordat de heftige situatie is begonnen in hun nabijheid, en dus onder hun verantwoordelijkheid. De theorie van Walker (2007) en Van Heijst (2005; 2011) lijkt dus grotendeels aan te sluiten bij de empirische bevindingen.

Een enkele kinderarts ervoer het echter anders: door weliswaar nauw betrokken te zijn geweest, maar voor slechts korte tijd, was het gevoel *dit is mijn patiënt* niet sterk, met als gevolg dat het verantwoordelijkheidsgevoel ook veel minder sterk was. De *duur* van de betrokkenheid lijkt dus ook uit te maken voor de kinderarts. Dit kan worden ingegeven door de ervaring dat een langdurige(re) betrokkenheid de band tussen arts en patiënt versterkt waardoor het gevoel *dit is mijn patiënt* toeneemt (Granek et al., 2014; Janssens et al., 2019).

5.1.2 De grenzen van bekwaamheid

Voor sommige kinderartsen voelde de verantwoordelijkheid voor de uitkomst terecht: “*Het herkennen en behandelen van ernstige ziekte bij kinderen, ja dat vind ik, dat is waar ik voor opgeleid ben. [...] Hier heeft een kind echt schade van en kan er aan dood gaan [...], bij andere dingen denk ik: ja, daar zijn ook anderen goed in.*” (R5) De ervaring van de kinderarts dat deze het verschil kan maken en anderen niet maakt het gevoel van verantwoordelijkheid groter. Dit sluit aan bij de visie van Van Heijst (2005; 2011) op professionele verantwoordelijkheid. Zij beargumenteerde dat het *kunnen* helpen impliceert dat een zorgprofessional *zou moeten* helpen.

Dit maakt de kinderartsen verantwoordelijk in situaties waarin zij bekwaam zijn. Dit komt ook terug in het zorgmodel van Tronto (1993). In de tweede fase wordt verantwoordelijkheid genomen voor een in de eerste fase opgemerkte zorgbehoefte. Om vervolgens adequate zorg te kunnen geven dient de zorgprofessional in de derde fase competent te zijn om aan de zorgbehoefte te voldoen. Of de zorgprofessional aan de zorgvraag heeft voldaan wordt vervolgens in de vierde fase gecontroleerd.

Volgens Van Heijst (2005; 2011) kent verantwoordelijkheid ook een grens: de zorgprofessional is alleen verantwoordelijk indien die bekwaam is om te reageren op en voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Maar hoe bepaal je of een zorgprofessional voldoende bekwaam is om de verantwoordelijkheid te dragen? Het expressief-collaboratieve model van Walker (2007) bepleit dat het antwoord op deze vraag enkel in de (zorg)praktijk te vinden is. In dit onderzoek onderzochten de kinderartsen hun mate van bekwaamheid naderhand voor zichzelf door na te gaan of zij adequaat waren geweest in het diagnosticeren en behandelen van de ziekte van de patiënt. Vaak waren zij eerst kritisch op zichzelf. Gedachten als *“had ik niet toch gewoon scherper moeten zijn?”* (R5), *“heb ik nu meer schade gedaan?”* (R4) en *“het moet altijd beter”* (R8) hielden de kinderartsen naderhand bezig. Eén kinderarts vroeg zichzelf af of het kind niet beter af was geweest bij een andere dokter. Deze overwegingen illustreren dat de kinderartsen naderhand twijfelden aan hun eigen bekwaamheid (kan ik het wel?) en soms juist aan of ze hun vaardigheden wel goed genoeg hadden ingezet (heb ik het wel goed gedaan?). Andere kinderartsen waren juist sterk overtuigd van hun eigen bekwaamheid en constateerden vrijwel direct naderhand dat zij het goed hadden gedaan, wat tevens hun gevoel van verantwoordelijkheid reduceerde. De kinderartsen in dit onderzoek wisten uiteindelijk allemaal hun eigen verantwoordelijkheid voor de slechte uitkomst te relativeren door zich te realiseren dat zij hadden gedaan wat binnen hun macht lag, en dat ze het niet beter hadden kunnen doen. Door zich te toetsen aan collega's en door kennis op te doen over het beloop van de ziekte stelden zij dus zelf de grenzen van hun bekwaamheid vast. Deze bevindingen bevestigen het expressief-collaboratieve model van Walker (2007).

5.1.3 De druk van de verwachting

Het verantwoordelijkheidsgevoel van de kinderartsen werd tevens versterkt door de verwachtingen van ouders en de kinderarts zelf. *“Uiteindelijk zijn daar mensen die hun kind in jouw handen leggen en als dokter wil ik daar het allerbeste voor doen”* (R4). De ruimte om aan te geven dat je ook wel eens een fout maakt, of niet bij machte bent om de patiënt beter te maken, werd niet gevoeld door verschillende kinderartsen. *“Het wordt ook van je gevraagd. Jij*

bent mijn kinderarts, dus ik neem aan dat jij álles kan voor mijn kind, want ik vertrouw jóú mijn kind toe” (R3). Deze bevindingen bevestigen de analyse van Walker (2007) die stelt dat verantwoordelijkheid gevormd wordt door de context, bestaande uit cultuur en sociale normen die behoeften, belangen en verwachtingen scheppen. Hoewel kinderartsen niet *verplicht* worden om iedere patiënt beter te moeten maken, voelen zij zich hier vaak door de heersende verwachtingen wel verantwoordelijk voor. Door deze verwachtingen wordt hen dus een verantwoordelijkheid opgelegd, zowel door ouders als door henzelf.

Tegelijkertijd blijkt in dit onderzoek dat de kinderartsen lang niet altijd kunnen voldoen aan deze hooggespannen verwachtingen. Kinderartsen zijn mensen, die imperfect zijn en soms fouten maken. Bovendien is de ziekte soms sterker dan de behandelmogelijkheden, en is er ondanks deskundigheid, een goede wil en een groot verantwoordelijkheidsgevoel bij de kinderarts, niet altijd tegen de gevolgen op te boksen. Dit kan deels verklaren waarom kinderartsen het communiceren van een ernstige diagnose aan ouders als beladen en zwaar ervaren. Het niet kunnen voldoen aan de verwachting van ouders (en misschien ook wel van de kinderarts zelf) en ze de hoop moeten ontzeggen kan dan voelen als een persoonlijk falen in de verantwoordelijkheid. *Je besluit wel dat je [ouders] alle hoop nu ontzegd. Ouders hopen natuurlijk tóch zolang je bezig bent dat er nog hoop is...* (R4).

Het antwoord op de vraag welke verwachtingen terecht zijn en welke niet kunnen we opnieuw vinden in de praktijk (Walker, 2007). Hierin is een samenhang zichtbaar met de mate van bekwaamheid en de grenzen daarvan. We mogen verlangen van een arts dat die zich ten volste inzet om een patiënt te behandelen. Daarvoor gaat de arts immers naar diens werk en stelt zich vrijwillig bloot aan de verantwoordelijkheid (Van Heijst, 2005; 2011). Maar soms is het buiten de deskundigheid van de arts om een patiënt beter te maken en kan er sprake zijn van een ernstige uitkomst, zónder dat de arts daar de verantwoordelijkheid voor draagt. Van Heijst (2011) benoemt dat erkenning van deze situatie, waarin genezing niet meer mogelijk is, nodig is, en niet moet worden gezien als nederlaag van de zorgprofessional. Toch *voelen* de kinderartsen in dit onderzoek zich er in eerste instantie meestal wel verantwoordelijk voor, en daarom schuldig over. Deze tegenstrijdigheid, in verantwoordelijkheid voelen maar die realistisch gezien niet bezitten, is precies waar de kinderartsen in de verwerking tegen aan lopen. Want *“ook al is het niet je schuld, maar als het vóélt als je schuld [zucht], dat is een heel andere lading en een andere emotie.”* (R3)

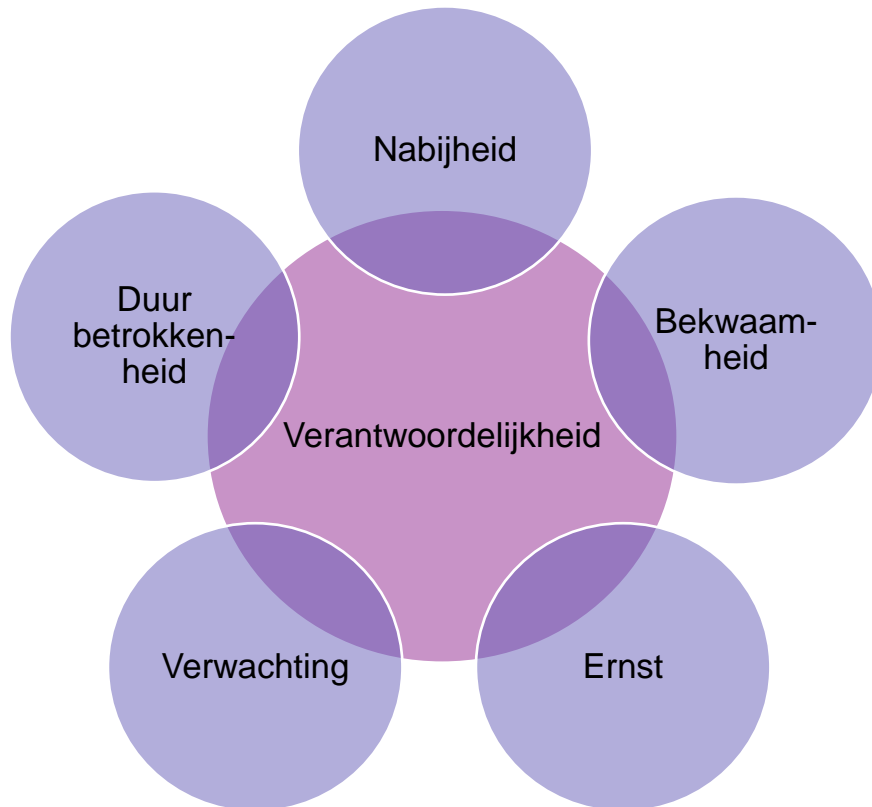
De wrijving van enerzijds de verwachting van ouders en kinderartsen het op te kunnen lossen en anderzijds de constatering dat dat niet is gelukt, maakt dat de kinderartsen eerst hun eigen bekwaamheid bevragen. Pas wanneer zij constateerden dat zij, ondanks een goede wil en maximale inzet, niet het vermogen bezaten om de uitkomst te veranderen, konden zij het gevoel van verantwoordelijkheid voor de ernstige uitkomst loslaten en zo de casus beter verwerken.

5.1.4 De ernst telt

Wat opvalt in de empirische bevindingen is dat kinderartsen zich méér verantwoordelijk voelden in de situaties waarin er veel op het spel stond. Het feit dat het ging over een kwestie van leven of dood maakte het gevoel van verantwoordelijkheid veel groter, of zwaarder. *“En het beséft dat je werkelijk soms met leven of dood te maken hebt. [...] Dat is een emotionele belasting.”* (R8) Één kinderarts noemde het zelfs *“onménselijk waar we mee bezig zijn, sommige situaties. [...] Je moet er eigenlijk niet bij nadenken wat voor verantwoordelijkheid je krijgt, anders stop je er gewoon mee.”* (R3) Het feit dat een patiënt kan komen te overlijden of ernstig gehandicapt raakt door het eigen handelen maakt de last van de verantwoordelijkheid groter voor de kinderartsen.

Dit verband tussen de ernst van de situatie en de mate van verantwoordelijkheid die de kinderarts voelt komt duidelijk naar voren in het onderzoek onder de kinderartsen, maar is in het theoretisch onderzoek niet beschreven. In andere studies wordt de ‘zwaarte’ van de casuïstiek wel erkend (Plante & Cyr, 2011; Scheepstra et al., 2020; van Steijn et al., 2019; Weiss & Ludwig, 2019). Zo beschreven van Steijn et al. (2019) in hun studie naar het welzijn van kinderartsen dat uit hun vragenlijsten onder kinderartsen bleek dat ernstig zieke kinderen, de dood van een kind en twijfels over het wel of niet maken van de juiste keuze werden gezien als ‘stressoren’. Hoewel zij niet schrijven over het gevoel van verantwoordelijkheid wat daaraan gekoppeld is, bevestigen zij wel dat deze situaties beladen zijn voor kinderartsen. Ook studies waarin een kind overleed na een chronische ziekte bevestigen deze beladenheid (Granek et al., 2014; 2016).

Op basis van bovenstaande analyse kunnen we concluderen dat het gevoel van verantwoordelijkheid door verschillende aspecten wordt beïnvloed, zoals hieronder is weergegeven in figuur 5.1.



Figuur 5. 1 Aspecten die het gevoel van verantwoordelijkheid beïnvloeden

5.1.5 Passieve verantwoordelijkheid in de acute setting

De fenomenologische visie van Marion (2002) op verantwoordelijkheid helpt ons om het verantwoordelijkheidsgevoel van de kinderartsen op een heel andere manier te benaderen. Want hoewel de kinderartsen enige invloed lijken te hebben op de mate van verantwoordelijkheid die zij ervaren, kunnen we het ook benaderen als iets wat hen overkomt. Dit passieve element van verantwoordelijkheid staat centraal in de visie van Marion (2002).

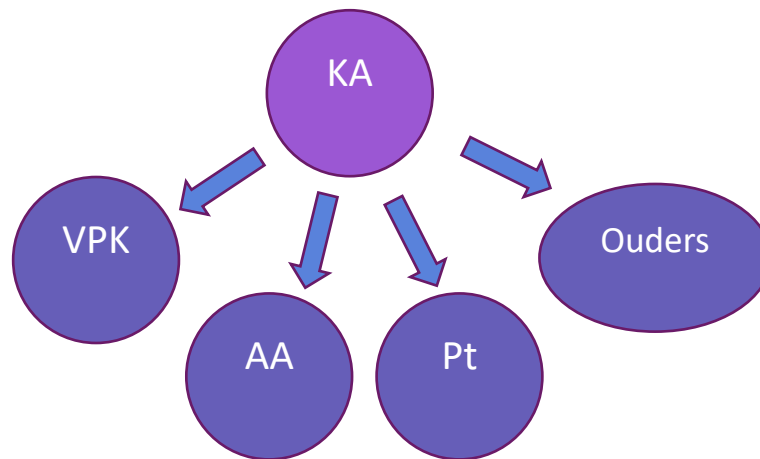
Bezien vanuit deze visie verschijnt er, voorafgaand aan verantwoordelijkheid, eerst een appèl (ook wel: het fenomeen) aan de kinderarts (Marion, 2002). De kinderarts kiest er niet voor om dit appèl wel of niet te zien; het dringt zich op aan de kinderarts, die dit in eerste instantie passief en onvrijwillig ondergaat. Het appèl wordt zichtbaar *door* de kinderarts, doordat deze de kinderarts aanroept om verantwoordelijk te reageren (Marion, 2002).

Dit inzicht, dat de kinderarts onvrijwillig kan worden overweldigd door een appèl dat hen verantwoordelijk maakt in de acute setting van een traumatische gebeurtenis roept sympathie op voor de kinderarts. Het onvoorziene aspect van de verantwoordelijkheid kan immers gepaard gaan met angst (Marion, 2002). Bovendien zet het gegeven aspect van de verantwoordelijkheid de kinderarts minder centraal, waardoor de last van de verantwoordelijkheid minder groot wordt en het oordeel jegens zorgverleners (i.c. de kinderarts) wordt verminderd (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Deze nadruk op de passieve kant van verantwoordelijkheid die soms overweldigend kan zijn kan de kinderarts helpen in het relativeren van diens verantwoordelijkheid en zo bijdragen aan het verwerkingsproces.

Deze benadering helpt ook in te zien dat de kinderarts uit diens actieve modus kan stappen om responsief te worden op de zorgbehoefte van de patiënt door het tonen van affectie (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Deze passieve modus bestaat uit het opmerken van de emoties en lichamelijke aanwezigheid van de patiënt en diens ouders en tilt de kinderarts naar het niveau van betekenis in het zorgen, waarin door aandachtig te luisteren en te kijken duidelijk wordt wat de situatie betekent voor deze patiënt en diens ouders (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Op deze manier ontstaat er meer ruimte voor het gegeven dat niet iedere ziekte te genezen is door de kinderarts, en kan zo de druk van de heersende verwachtingen en het schuldgevoel over de eigen onbekwaamheid helpen verzachten.

5.2 Verantwoordelijkheid voor de ander en jezelf

Uit de empirische bevindingen blijkt dat veel kinderartsen zich verantwoordelijk voelden om in de nazorg het team van zorgprofessionals bij te staan. *“Een jonge arts-assistent, ja, daar moet ik voor klaarstaan, die moet ik opvangen”* (R8) en *“ik vind dan nog wel dat ik een beetje voor de verpleging moet zorgen, want die vinden het soms nog lastiger.”* (R4) Deze zorg gaat in eerste instantie vóór hun eigen gevoelens en gedachten. De kinderartsen gaven aan zich eindverantwoordelijke te voelen, en dus degene waarvan geacht wordt *“te herkennen en te zien en te handelen en je team te ondersteunen.”* (R8) In figuur 5.2 is dit als geografie van Walker (2007) weergegeven. Debriefing met het team wordt enkele keren genoemd als een goede manier om samen na te praten na een heftige casus. Dit wordt ook voor de kinderarts als helpend ervaren, als een plek waar iedereen diens verhaal en gevoel naderhand kwijt kan.



Figuur 5. 2 Geografie van verantwoordelijkheden zoals ervaren door de kinderarts.
 KA = kinderarts; VPK = verpleegkundige; AA = arts-assistent; Pt = patiënt.

Eigen nazorg werd door de kinderartsen zelf georganiseerd, want voor jezelf moet je “*het maar gewoon regelen*” (R8). Dit deden ze door veel te gaan praten, met collega’s die het vak kennen of met een partner die troost kan bieden. Zo sprokkelden ze als het ware hun eigen BOT-team¹³ bij elkaar. Voorwaarden hiervoor zijn een veilige werkomgeving waarin emoties en gedachten gedeeld *kunnen* worden en waar collega’s werken die, ook enkele dagen na de casus, oog hebben voor je welzijn. Ook ervaren de kinderartsen op de werkvloer steeds een beetje meer ruimte voor *hun* verhaal, wat als helpend wordt ervaren. Toch luidt de vraag vanuit het team dan: “*zorg jij wel goed voor jezelf?*” (R8) wat impliceert dat de kinderarts de nazorg inderdaad zelf moet organiseren.

De studies van Van Steijn et al. (2019) en Scheepstra et al. (2020) onder Nederlandse kinderartsen laten zien dat deze veilige werkomgeving voor veel kinderartsen nog geen vanzelfsprekendheid is. Bovendien wordt er met de nadruk op het *zelf* regelen van de eigen nazorg gewerkt vanuit het heersende autonome en zelfstandige mensbeeld (Beauchamp & Childress, 2009; Van de Vathorst & Schermer, 2020). Dat de zorgethiek hier kritisch op is, is reeds beschreven in het theoretische hoofdstuk (hoofdstuk 2). Uitgaan van een zorgethisch mensbeeld helpt ons om anders naar artsen en hun nazorg te kijken. Zij zijn dan niet slechts op zichzelf aangewezen, zoals gangbaar was, maar onderhevig aan de grillen van de zorgpraktijk (Koster, 2013). Door uit te gaan van de onderlinge afhankelijkheid van artsen wordt duidelijk

¹³ BOT-team staat voor Bedrijfsopvangteam en bestaat uit *peers*, ofwel collega’s. In het BOT-team zit een kinderarts die, in het geval van calamiteiten, met de betrokken kinderarts(en) in gesprek kan gaan over de situatie en persoonlijke verwerking ervan.

dat ook zij zorg nodig hebben, en het ontvangen hiervan verdienen (Kittay, 2020; Tronto, 1993; Van Heijst, 2005, 2011).

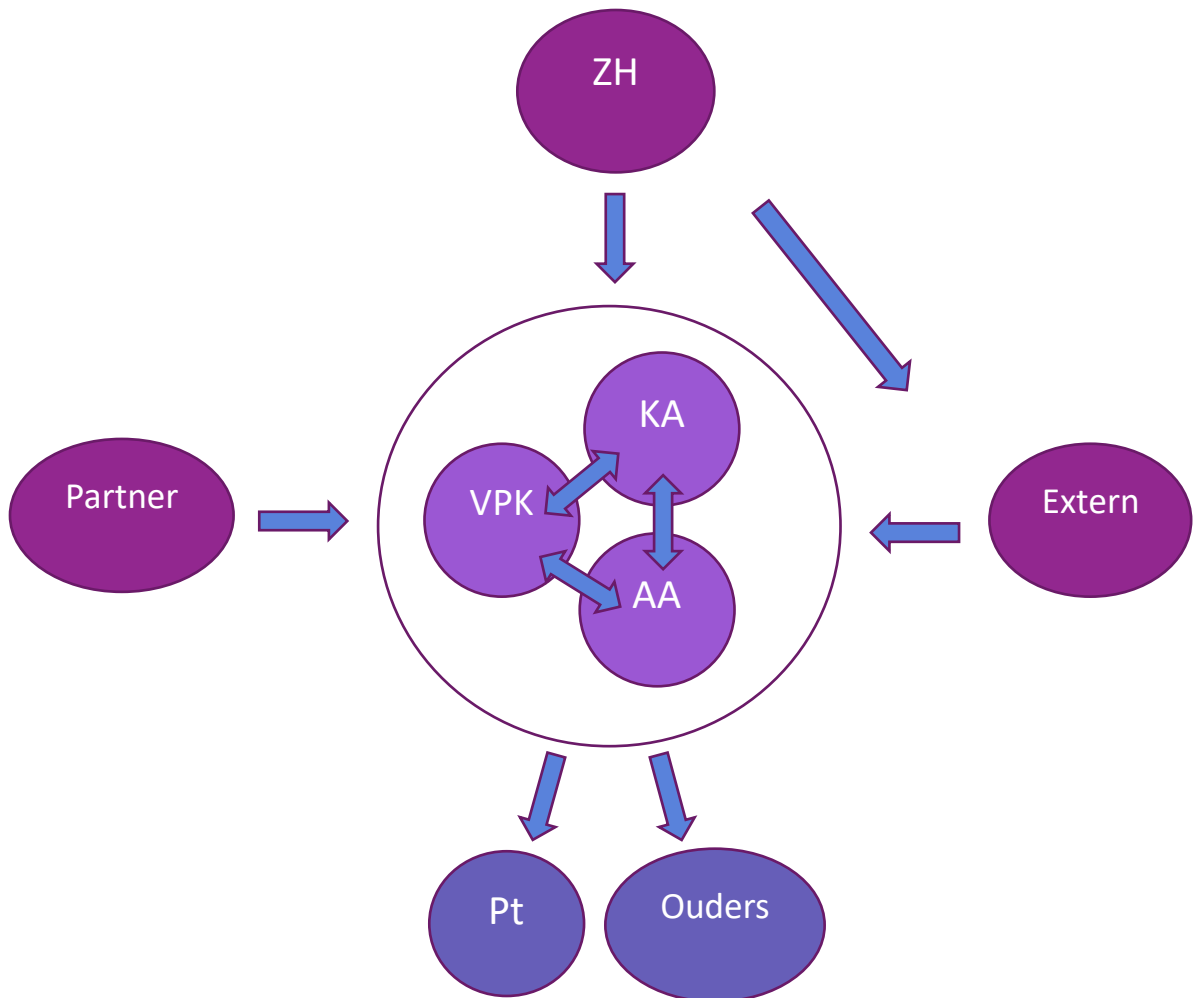
Het zorgmodel van Tronto (1993) helpt ons de organisatie van de huidige nazorg voor kinderartsen te analyseren. In de eerste fase wordt de zorgbehoefte opgemerkt. Zoals hierboven geïllustreerd hebben de kinderartsen een zorgbehoefte (de impact van de casus die moet worden verwerkt) en wordt de behoefte van de kinderarts om te praten of diens emoties te uiten steeds vaker opgemerkt, zowel door de kinderarts zelf, maar ook door collega kinderartsen en verpleegkundigen. In de tweede fase wordt zorg tot stand gebracht doordat iemand de verantwoordelijkheid neemt om te reageren op deze zorgbehoefte. Deze verantwoordelijkheid lijkt met name te rusten bij de kinderartsen zelf: zij regelen zelf de mensen om de casus mee na te bespreken. De collega kinderartsen en verpleegkundigen nemen hierin geen verantwoordelijkheid. De volgende fase van daadwerkelijk zorg geven kan vervolgens door verschillende partijen worden uitgevoerd, afhankelijk van wie de kinderarts heeft ‘geregeld’. Meestal waren dit collega kinderartsen en partners. In dit onderzoek bleken deze partijen allen competent genoeg om de kinderarts in diens behoefte te voorzien. In de vierde fase wordt gekeken naar de reactie van de zorgontvanger, in dit geval de kinderarts, om na te gaan of de gegeven zorg adequaat is geweest. Deels zal deze taak worden vervuld door de “collega’s met voelsprietten” (R4). Verder lijkt de kinderarts hier alleen voor te staan. De vijfde en laatste fase komt tot stand indien een groep mensen, in dit geval de kinderartsen, er op kan rekenen dat steeds weer in hun zorgbehoeften wordt voldaan (Tronto, 2017). Het BOT-team¹⁴, georganiseerd door het ziekenhuis, lijkt deze fase tot stand te moeten brengen maar schiet voor de kinderartsen in dit onderzoek tekort.

Dat de kinderarts de verantwoordelijkheid heeft om diens eigen nazorg te regelen lijkt opnieuw een gevolg van sociale normen, patronen en verwachtingen (Walker, 2007). Deze verwachtingen zijn passend in de huidige Westerse, neoliberale samenleving, waarin de zorgontvanger zelf verantwoordelijk wordt gemaakt om passende zorg te regelen (Tronto, 2017). De kinderartsen in dit onderzoek blijken het van zichzelf verwachten. Tevens impliceert de vraag van het team, “zorg *jij* wel goed voor *jezelf*?” (R8), eenzelfde verwachting. Dat er bovendien geen nazorg geregeld is door de werkgever (i.c. het ziekenhuis) die voldoet aan de zorgbehoeften van de kinderartsen kan gestoeld zijn op eenzelfde verwachting. Anderzijds is het mogelijk dat de urgentie voor nazorg simpelweg niet wordt erkend, waarbij het misgaat in

¹⁴ Idem

de eerste fase van het zorgmodel: oplettendheid voor de zorgbehoefte (Tronto, 1993). Desalniettemin komt de vijfde fase van het zorgmodel hierdoor niet tot stand, omdat er geen continuïteit in het voorzien van de zorgbehoeften van de kinderarts wordt gewaarborgd (Tronto, 2013; 2017).

De verantwoordelijkheid van de tweede fase van het zorgmodel van Tronto (1993) bij de zorgontvanger zelf leggen lijkt voor de kinderartsen in dit onderzoek prima te werken. De vraag is echter of dit ook goed werkt als de context veranderd. Er zijn onderzoeken die aantonen dat de werkomstandigheden onder (kinder)artsen niet altijd als prettig of veilig worden ervaren en dat de zorgprofessional soms niet goed met diens collega's over persoonlijke dingen kan praten of geen persoonlijk vangnet heeft (Scheepstra et al., 2020; van Steijn et al., 2019). In deze gevallen is het risico groot dat de zorgcyclus stagneert bij de tweede fase. Indien niemand verantwoordelijkheid voelt voor het welzijn van de kinderarts, en de kinderarts het zelf niet kan opbrengen, zal er immers geen zorg tot stand komen (Tronto, 1993; Van Nistelrooij & Visse, 2018). Waar dienen we deze verantwoordelijkheid dan wel onder te brengen? Het betrekken van de vijfde fase van het zorgmodel van Tronto (2013) kan helpend zijn in het beantwoorden van deze vraag. In deze fase wordt gekeken naar wat er op institutioneel niveau georganiseerd zou moeten of kunnen worden om blijvend te voorzien in de zorgbehoeften van een groep mensen, in dit geval de kinderartsen (Tronto, 2013; 2017). Er is dus zeker een rol weggelegd voor de werkgever, in dit geval het ziekenhuis, om een voorziening of structuur te introduceren die adequaat en continu voorziet in de zorgbehoeften van de kinderarts. Dit wordt ook door andere studies aangedragen (Koster, 2013; Granek et al., 2016). Naar aanleiding van deze analyse komen we dan tot een nieuwe geografie van verantwoordelijkheden zoals weergegeven in figuur 5.3 (Walker, 2007).



Figuur 5. 3 Nieuwe geografie van verantwoordelijkheden van de kinderarts. KA = kinderarts; VPK = verpleegkundige; AA = arts-assistent; ZH = ziekenhuis; Extern = coach/geestelijk verzorger/psycholoog; Pt = patiënt

5.3 Ruimte voor emoties binnen de professionele relatie

In de zorgethiek worden emoties als belangrijke bron van kennis gezien, omdat ze iets zeggen over wat moreel belangrijk is voor iemand (Baur et al., 2017; Pulcini, 2016). Het is dus van belang om de emoties van de kinderartsen op waarde te schatten. Het feit dat veel kinderartsen zich emotioneel voelen na heftige casuïstiek wijst erop dat de casus hen raakt, en dat het leed van patiënt en ouders hen niet onbewogen laat. De eerste reacties van de kinderartsen, waarin ze zichzelf en hun deskundigheid bevragen, kunnen we dan ook duiden als een rouwreactie. Overeenkomstige thema's werden gevonden door Granek et al., die rouwreacties onder oncologen (2012) en kinderoncologen (2014) onderzochten. Thema's zoals het gevoel van falen, schuld, zelftwijfel en machteloosheid werden hierin veelvuldig besproken.

De kinderartsen in dit onderzoek gaven aan dat het kunnen uiten van deze emoties, vaak door te praten, om er zo ruimte aan te geven, wat uiteindelijk leidt tot opluchting, een belangrijk

onderdeel vormt van het verwerkingsproces. Indien hier geen ruimte voor is lopen artsen het risico op een burn-out of andere mentale problemen (Janssens et al., 2019; Scheepstra et al., 2020; Van Steijn et al., 2019). In het uiten van emoties maakten de kinderartsen onderscheid tussen het uiten naar collega's en naar patiënten. Naar collega's voelden zij zich allen vrij om emotie te tonen, wat als prettig werd ervaren. Naar patiënten toe waren zij vaak meer gereserveerd, want: *“Het is niet mijn kind, ik ben niet de patiënt, zij zijn het”* (R8).

In de literatuur zagen we hoe er in het tonen van emoties naar de patiënt grofweg twee groepen artsen bestaan: één groep die het uiten van emoties niet gepast vinden, en een groep die dat wel doet onder de voorwaarde dat het altijd over de patiënt en diens lijden gaat (Janssens et al., 2019; Pruthi & Goel, 2014). De kinderartsen in dit onderzoek waren oorspronkelijk opgeleid om te behoren tot de eerste groep, maar laten door de jaren heen steeds meer een verandering zien die past bij de tweede groep. Want, zoals een kinderarts mooi verwoordde: *“Ik ben teveel met mijn hart betrokken bij alles wat er gebeurt, om [mijn emoties] niet een beetje door te laten schemeren.”* (R4). De kinderartsen gunnen zichzelf dus steeds meer ruimte om te laten zien dat de situatie hen raakt: *“Ik moet hén [ouders] tot steun zijn, maar dat het wat met je doet is denk ik zo menselijk”* (R8).

Juist die menselijkheid is hetgeen waar Van Heijst (2005; 2011) op stuit in haar opvatting over professionaliteit. Indien arts en patiënt elkaar zien als medemens kunnen zij dichterbij elkaar komen (Van Heijst, 2011). De behoefte van de kinderartsen om *mens* te zijn in de relatie met de patiënt en diens ouders komt in de empirische bevindingen heel duidelijk naar voren. Bij dat mens-zijn is, in het geval van een ernstige casus, het uiten van enige emotie onlosmakelijk verbonden. Dat maakt ook dat sommige kinderartsen het goed vinden als ouders enige emotie zien, zoals tranen in de ogen of een trillende stem. De getoonde emoties mogen niet te uitgesproken zijn, omdat de kinderartsen hun professionele rol willen aanhouden. *“Je kan niet in huilen uitbarsten en bij moeder en vader op de schouder uithuilen”* (R8). Ook Janssens et al. (2019) beschrijven in hun kwantitatieve onderzoek naar huilen onder artsen dat de meeste artsen huilen in de aanwezigheid van de patiënt acceptabel vinden, mits het geen bedreiging vormt voor het professionele handelen. Van Heijst (2005) beaamt dat van een zorgprofessional een professionele rol wordt verwacht, waarbij de zorgprofessional zichzelf beschikbaar stelt om de noden van de zorgontvanger voorop te stellen. Dit is precies hoe de kinderartsen het benaderen: het gaat om kind en ouders, *zij* zijn de patiënt, hun verdriet staat voorop. Maar dat binnen de professionele relatie achter de dokter ook een mens schuilgaat wordt steeds meer erkend.

De ruimte voor de menselijke kant van de arts komt naar voren in de diepe laag van de dubbele structuur van behoeftigheid zoals beschreven door Van Heijst (2005; 2011). Vanuit die laag kan de kinderarts erkennen dat zorgen niet enkel iets is waarin je iets voor de ander kan *doen*; zorg is ook medemens zijn voor de ander in nood, ook als genezing niet meer mogelijk is (Van Heijst, 2005; 2011). De kinderartsen vroegen zichzelf in eerste instantie vaak af of ze goed genoeg hadden gezorgd door hun acties te evalueren. Pas later kwam de zorg in de vorm van medemens zijn meer op de voorgrond: ouders nog eens bellen om te horen hoe het gaat, hen een kaartje sturen en ondersteuning bieden in het verwerkingsproces.

Waar Van Heijst (2005, 2011) niet over spreekt, maar wat in dit onderzoek wel werd benoemd door een kinderarts, is het risico wat deze menselijkheid en medeleven met zich meebrengt. “*Je mag niet afstoppen [...] maar als je het allemaal keihard binnen laat komen, dan ga je er zelf aan onderdoor*” (R8). Deze zoektocht naar een goede balans komt ook terug in het onderzoek van Granek et al. onder oncologen (2012) en kinderoncologen (2014), waarin de zorgprofessionals zochten naar een balans tussen “*[being] close enough to care but distant enough to not feel the pain when the patient dies*” (Granek et al., 2012, p.964). De artsen zijn met name bang voor een burn-out (Granek et al., 2014). Het onderzoek van Janssens et al. (2019) is daar kritisch op en stelt dat de emotie *an sich* niet het probleem vormt, maar juist het onderdrukken ervan. Indien we daar vanuit gaan zou de benadering van Van Heijst (2005; 2011), waarin ruimte is voor emoties van de arts, juist mentale klachten onder artsen kunnen voorkómen.

5.4 Tot slot

Wat bovenstaande analyse kan bijdragen aan goede nazorg voor kinderartsen zal worden besproken in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 6: conclusie en aanbevelingen).

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit concluderende hoofdstuk zal, aan de hand van de opgedane inzichten uit het theoretische onderzoek (hoofdstuk 2), het empirische onderzoek (hoofdstuk 4) en de kritische beschouwing hiervan in de zorgethische discussie (hoofdstuk 5), een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag: Hoe ervaren kinderartsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis de verwerking van een onverwachte, acute situatie met ernstig lijden of sterven van de patiënt als gevolg, en wat kunnen deze ervaringen in combinatie met inzichten in verantwoordelijkheid en emotie bezien vanuit een zorgethische lens bijdragen aan goede nazorg voor deze kinderartsen in hun verwerking? Vanuit een beantwoording van de hoofdvraag zullen er aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Conclusie

De verwerking van een onverwachte, acute situatie begint voor de kinderartsen met een rouwreactie, waarin zelftwijfel, het gevoel van schuld, het gevoel van falen en machteloosheid centraal staan. Deze rouwreactie werd met name ervaren indien de kinderarts zich verantwoordelijk voelde voor de situatie en de ernstige uitkomst. Het gevoel verantwoordelijk te zijn werd versterkt door verscheidene aspecten: 1) de ervaren nabijheid van de kinderarts bij de patiënt en diens ouders door het geven van zorg, 2) door gevoelsmatig bekwaam te zijn om de patiënt beter te maken, 3) door de verwachting van ouders en de kinderarts zelf dat daadwerkelijk te kunnen bewerkstelligen, 4) door de ernst van de situatie en voor sommige kinderartsen ook 5) de duur van de betrokkenheid. Enerzijds geven deze aspecten inzicht in het verantwoordelijkheidsgevoel van de kinderarts, anderzijds is verantwoordelijkheid ook te interpreteren als iets wat de kinderarts *overkomt*, zonder dat de kinderarts daar actief voor heeft gekozen. Deze zienswijze relativeert de heersende verwachtingen en de bijkomende druk die de kinderarts ervaart en zet (de verantwoordelijkheid van) de kinderarts minder centraal.

Voor de verwerking is het kunnen uiten van emoties belangrijk gebleken. Een veilige werkomgeving met collega's waar de kinderarts terecht kan wordt hierbij als helpend ervaren. Door veel te praten met verschillende partijen gaven de kinderartsen ruimte aan hun gedachten en emoties, wat essentieel is voor een goede mentale gezondheid. Vanuit de zorgethische gedachte dat een arts ook mens is in diens relatie met de patiënt, ontstaat er hierbinnen ook ruimte voor de emotie van de arts. Dit mag echter nooit ten koste gaan van de zorg voor de patiënt; deze voorwaarde kenmerkt het professionele karakter van de relatie.

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van nazorg ligt nu voornamelijk bij de kinderartsen zelf. Dit gaat goed zolang er sprake is van een veilige werkomgeving en proactieve kinderartsen die zelf op zoek gaan naar mensen om mee te praten, en zo de eigen verwerking initiëren. De zorgontvanger zelf verantwoordelijk maken voor het organiseren van eigen zorg brengt echter het risico met zich mee dat de zorg niet tot stand komt. Dit kan mogelijk voorkomen worden door een andere partij, zoals het ziekenhuis, (mede) verantwoordelijk te maken voor het organiseren van nazorg.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

De opgedane inzichten in de zorgethische discussie (hoofdstuk 5) en bovenstaande conclusie leiden tot enkele aanbevelingen voor de praktijk, om zo bij te dragen aan (het verbeteren van) de nazorg voor kinderartsen.

- In iedere groep kinderartsen is streven naar een veilige werkcultuur, waarin collega's zich kwetsbaar kunnen opstellen naar elkaar, essentieel. Op plekken waar een onveilige werkcultuur wordt ervaren is het van belang hier actie op te ondernemen om de onderlinge sfeer te verbeteren. Dit zal bijdragen aan het tot stand laten komen van de vijfde fase van het zorgmodel van Tronto (2013; 2017) en zo aan het welzijn van de kinderartsen.
- Praten over de heftige gebeurtenis bleek voor iedere kinderarts in dit onderzoek van belang. Indien de verantwoordelijkheid om dit te organiseren rust bij de kinderarts zelf is de mogelijkheid aanwezig dat (na)zorg niet tot stand komt, waardoor gebeurtenissen onverwerkt blijven, met de kans op mentale problemen tot gevolg. Ook in dit geval is het tot stand laten komen van de vijfde fase van Tronto (2013; 2017) de aanbeveling, door na te gaan welke rol het instituut (in dit geval: het ziekenhuis) kan of zou moeten spelen in de nazorg voor de kinderartsen. Indien ieder ziekenhuis een coach, geestelijk verzorger of psycholoog beschikbaar stelt die enige kennis van de werkomgeving heeft en de kinderartsen kan benaderen voor een gesprek, kunnen de gedachten en gevoelens naar aanleiding van de casus worden besproken. Dit kan bijdragen aan de verwerking van heftige casuïstiek. Dit verdient de voorkeur boven een BOT-team, omdat dat enkel bestaat uit een directe collega en daarom vaak geen meerwaarde heeft voor de kinderarts. Zeker voor kinderartsen die werkzaam zijn binnen een (voor hun) onveilige werkomgeving zal een BOT-team niet functioneel zijn.

- In de praktijk moet meer openheid komen om te spreken over het verantwoordelijkheidsgevoel en het maken van fouten. In de opleiding geneeskunde kan reeds gestart worden met het doorbreken van deze cultuur, wat kan worden voortgezet in de opleiding tot specialist. Het doorbreken van patronen is echter moeilijk. Door regelmatige intervisie bijeenkomsten of moreel beraad te introduceren kan worden gestart om in de dagelijkse praktijk ruimte te maken voor een goed gesprek omtrent deze onderwerpen, ook op plekken waar de werkcultuur als minder veilig wordt ervaren.
- Het erkennen van de menselijkheid van de arts in de professionele relatie is helpend om ruimte te bieden aan de emoties die de kinderarts kan ervaren in het meemaken en verwerken van een heftige casus. Ook dit vraagt om een verandering van de cultuur, waarin deze opvatting van professionaliteit idealiter de standaard wordt waar naar wordt gestreefd in de opleiding geneeskunde en de uiteindelijke zorgpraktijk.

6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de opgedane inzichten kunnen er drie aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek:

- In dit onderzoek kwam naar voren dat de kinderarts veelal zelf verantwoordelijk wordt gehouden voor diens nazorg. Tevens is duidelijk geworden dat het niet altijd wenselijk is om deze verantwoordelijkheid bij de kinderartsen zelf te leggen. De vraag is daarom: is deze individualistische opvatting van verantwoordelijkheid goed? Of zouden de verantwoordelijkheden anders verdeeld kunnen of moeten worden? Dit betreft een politiek vraagstuk, dat in dit onderzoek onderbelicht is (Tronto, 2013). Vervolgonderzoek kan zich daarom richten op dit politieke aspect van verantwoordelijkheden. Hier zijn reeds enkele suggesties voor gedaan (zie hoofdstuk 5.2) die verder uitgebouwd en onderzocht kunnen worden.
- In dit onderzoek is enkel de acute casuïstiek onderzocht. Interessant is om ook aandacht te hebben voor de geleefde ervaring van de verwerking van casuïstiek waarin sprake was van chronische zorg en dus langdurige begeleiding door de kinderarts. Deze casussen kwamen een enkele keer aan bod in de interviews, waaruit bleek dat deze ervaringen voor de kinderartsen een heel andere beleving – en dus andere verwerking – met zich meebrachten. De onderzoeken van Granek et al., (2014; 2016) bevestigen dit.

- Er kwam in dit onderzoek naar voren dat de kinderartsen na de traumatische gebeurtenis een rouwreactie doormaakten. Dit onderzoek is echter niet benaderd vanuit een psychologisch oogpunt waarin traumaverwerking centraal staat. Het betrekken van deze invalshoek doet een ander licht schijnen op de ervaring van de kinderarts en kan mogelijk aanvullende, bruikbare inzichten opleveren voor concrete interventies in hoe de kinderartsen het beste kunnen worden ondersteund in het verwerken van een traumatische gebeurtenis.

7. Kwaliteit van het onderzoek

In dit laatste hoofdstuk zal worden gereflecteerd op de methodologische kwaliteit van dit onderzoek. Kwalitatief onderzoek wordt beoordeeld op validiteit en betrouwbaarheid. We zullen daarom stilstaan bij de genomen maatregelen om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen. Tot slot worden de beperkingen van dit onderzoek besproken.

7.1 Validiteit

De validiteit van een onderzoek drukt uit dat het onderzoek meet wat het beoogt te meten (Boeije, 2014, p.150). De maatregelen die hiertoe worden genomen dragen iets bij voor zowel onderzoeker als respondent als lezer (Creswell & Poth, 2018, p.340). We zullen hieronder bespreken hoe de betreffende maatregelen in dit onderzoek zijn bewerkstelligd.

Allereerst is er gebruik gemaakt van *data triangulatie*, door op verschillende manieren licht te schijnen op het onderzoeksthema (Cresswell & Poth, 2018, p.340). Er is gebruik gemaakt van zowel wetenschappelijke bronnen alsook media en medische tijdschriften. Daarnaast is het theoretisch onderzoek in discussie gebracht met de empirische bevindingen, waardoor wetenschappelijke kennis en ervaringsverhalen elkaar hebben kunnen verrijken en bevragen.

Gedurende het onderzoek is de onderzoeker zich bewust geweest van haar positie, door de eigen context, ervaringen en vooroordelen bij te houden in een reflexief logboek, waardoor de positie van de onderzoeker transparant is gemaakt (Creswell & Poth, 2018, p.341; Finlay, 2008; Van Wijngaarden, 2015). Deze reflexieve houding is belangrijk omdat de eigen context de interpretaties van de onderzoeker kan kleuren (Creswell&Poth, 2018, p.340). Door hier bewust van te zijn konden deze gedachten en ervaringen gedurende het onderzoek beter worden beteugeld door de onderzoeker (Finlay, 2008; Van Wijngaarden, 2015; zie ook hoofdstuk 3.2).

Alle verkregen data zijn uitgewerkt in *thick descriptions* (zie ook hoofdstuk 3.4), ofwel rijke, gedetailleerde beschrijvingen van de interviews. Hierin zijn ook emoties en stiltes uitgewerkt om zo niet slechts gericht te zijn op de talige, cognitieve component, maar ook aandacht te hebben voor lichamelijke reacties van de respondenten. Dit schetst een breder beeld van de geleefde ervaring van de respondenten (Creswell & Poth, 2018, p.343). Door een gedetailleerde weergave van de data kan de lezer besluiten of de bevindingen in dit onderzoek overdraagbaar zijn naar een andere context (idem). De gebruikte methode (IPA, zie hoofdstuk 3.2) draagt bij aan het beschrijven van deze details, door aandacht te hebben voor de ambivalentie en

complexiteit van de geleefde ervaringen van de kinderartsen (J.A. Smith, 2009). Deze ervaringen zijn in het empirische hoofdstuk (hoofdstuk 4) veelvuldig ondersteund met citaten. Tevens is in de beschrijving zo dicht mogelijk bij de bewoordingen van de respondenten gebleven.

De interpretatie van de data is op twee manieren getoetst. Allereerst zijn de geanalyseerde data voorgelegd aan de aan de respondenten, zodat zij de nauwkeurigheid en geloofwaardigheid van de interpretatie konden beoordelen (Creswell & Poth, 2018, p.342; Boeije, 2014, p.158-159). Door deze *member checks* konden de participanten de interpretatie van de onderzoeker nagaan en zo nodig bijsturen. Drie van de vijf respondenten hebben hierop gereageerd en hun akkoord gegeven. Ten tweede is er *peer debriefing* toegepast (Creswell & Poth, 2018, p.343; Boeije, 2014, p.158-159). Door alle hoofdstukken afzonderlijk voor te leggen aan de thesisbegeleider, een onderzoeker met brede kennis van zorgethisch onderzoek, is er een extra controle van de interpretatie van de onderzoeker ingepast.

7.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot indien het onderzoek navolgbaar is, zodat bij herhaling van het onderzoek een gelijke uitkomst kan worden behaald (Boeije, 2014, p.150). De maatregelen die hiertoe getroffen zijn zullen we hieronder bespreken.

Allereerst is in het theoretische onderzoek (hoofdstuk 2) telkens in de bronvermelding niet slechts auteur en jaartal genoemd, maar ook het paginanummer vermeld. Door deze transparantie kan de lezer de gebruikte informatie gemakkelijk nazoen. Ten tweede is in hoofdstuk 3 de gebruikte methode en manier van dataverzameling en -analyse stapsgewijs en nauwkeurig beschreven (Boeije, 2014, p.150). Tevens zijn voorbeelden van het analyseproces, zoals een deel van het codeboek en de themavorming, toegevoegd als bijlage om zo inzicht te geven in de interpretatie van de onderzoeker gedurende het proces (zie bijlage 4 & 5). Tot slot is, zoals onder validiteit reeds beschreven, door de onderzoeker gedurende het onderzoek te allen tijde gepoogd een open en reflexieve houding aan te nemen en zo transparant te zijn over de eigen positie (Boeije, 2014, p.154-155; Creswell & Poth, 2018, p.341; Finlay, 2008; Van Wijngaarden, 2015).

7.3 Beperkingen

Ondanks bovengenoemde kwaliteitsmaatregelen kent dit onderzoek ook enkele beperkingen, welke hieronder puntsgewijs worden besproken.

- Het verzamelen van respondenten voor een onderzoek over een intiem, kwetsbaar onderwerp brengt als risico met zich mee dat enkel de respondenten die goed kunnen omgaan met deze heftige casuïstiek zich aanmelden voor medewerking aan dit onderzoek. Het vergt immers nogal wat durf om met een onderzoeker over een heftige ervaring te spreken. De kinderartsen die daadwerkelijk psychische klachten ontwikkelen ten gevolge van een heftige casus zullen zich mogelijk minder snel aanmelden voor deelname aan onderzoek, met het risico dat dit perspectief ontbreekt.
- Werving van de respondenten is via het eigen netwerk gedaan, en kent voor- en nadelen. De voordelen zijn dat de onderzoeker de kinderartsen kent en waardoor zij zich sneller op hun gemak hebben gevoeld en mogelijk meer hebben durven delen gedurende het interview. Tegelijkertijd kan dit ook nadelig zijn. De onderzoeker heeft met deze kinderartsen samengewerkt in een relatie waarin sprake was van een machtsverschil (supervisor – arts-assistent). In de rol van onderzoeker verschuift deze machtsongelijkheid de andere kant op (onderzoeker – respondent). Dat kan wennen of ongemakkelijk zijn geweest voor de kinderarts. Daarnaast kan het feit dat we elkaar kennen en misschien nog eens tegen kunnen komen in het werkveld er ook voor zorgen dat de kinderartsen voorzichtiger zijn geweest in wat ze wel en niet hebben willen delen.
- Het interview met één respondent (R6) kent een andere uitgangssituatie dan in de onderzoeksvraag centraal stond. Het betrof een situatie waarin de arts met name reflecteerde op een klacht die de ouders hebben ingediend jegens het handelen van de kinderarts in een casus. We hebben gesproken over de klacht, over het gesprek met ouders en wat dat met je doet als kinderarts. Maar ook of je anders gaat kijken naar je eigen handelen, hoe het je verandert en hoe je het verwerkt. De besproken verwerking ging dus niet zozeer om de casus zelf, maar meer om het gesprek en de klacht naar aanleiding van de casus. Door deze andere context is dit interview enkel opgenomen in de data-analyse indien dit iets kon bijdragen aan het beantwoorden van de betreffende deelvraag.
- Hoewel er gebruik is gemaakt van *peer debriefing*, is dit enkel toegepast op conceptstukken waarin de analyse en interpretatie van de data reeds waren gedaan. Het toevoegen van een tweede onderzoeker in het analyseproces, bijvoorbeeld door (een

deel van) de data dubbel te coderen en verschillen in codes te bespreken, had de onderzoeker kunnen helpen bewust te worden van eventuele blinde vlekken in eigen aannames en vooronderstellingen gedurende de analyse (Creswell & Poth, 2018, p.345).

- Voor het theoretische onderzoek is niet gelet op inclusieve keuzes met betrekking tot de besproken denkers. In dit onderzoek zijn enkel witte, Europese denkers behandeld, waardoor een eenzijdig perspectief is gepresenteerd. Het toevoegen van denkers uit het Globale Zuiden had onze blik en interpretatie kunnen verruimen (de Sousa Santos, 2016).

Literatuur

- Aluwihare-Samaranayake, D. (2012). Ethics in Qualitative Research: A View of the Participants' and Researchers' World from a Critical Standpoint. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2), 64–81.
<https://doi.org/10.1177/160940691201100208>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3. <https://doi.org/10.2307/2088165>
- Boeije, H., & I. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (2de editie). Boom Lemma.
- Brand, P., & N. (2015). *De stoel van God* (11de editie). Prelum Uitgevers.
- Creswell, J. W. (2006). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2nd ed.). SAGE Publications, Inc.
- Cull, W. L., Frintner, M. P., Starmer, A. J., & Leslie, L. K. (2019). Longitudinal Analyses of Pediatrician Burnout. *Academic Pediatrics*, 19(3), 256–262.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.11.006>
- De Bree, M. J. (2018). ♣Doe het niet!: open brief aan beginnende coassistenten. In B. Van Engelen, G. J. Van der Wilt, & M. Levi (Reds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 121–128). Bohn Stafleu van Loghum.
- De Sousa Santos, B. (2016). Epistemologies of the South and the future. *From the European South Journal*, 2016(1), 17–29.
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the “Phenomenological Psychological Attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), 1–32. <https://doi.org/10.1163/156916208x311601>
- Goodin, R. (1985). *Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities*. University of Chicago Press.
- Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., & Bartels, U. (2016). Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(1–2), 39–59. <https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1127306>
- Granek, L., Bartels, U., Scheinmann, K., Labrecque, M., & Barrera, M. (2014). Grief reactions and impact of patient death on pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(1), 134–142. <https://doi.org/10.1002/pbc.25228>

- Granek, L., Tozer, R., Mazzotta, P., Ramjaun, A., & Krzyzanowska, M. (2012). Nature and Impact of Grief Over Patient Loss on Oncologists' Personal and Professional Lives. *Archives of Internal Medicine*, 172(12).
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1426>
- Grossman, Z., Chodick, G., Kushnir, T., Cohen, H. A., Chapnick, G., & Ashkenazi, S. (2019). Burnout and intentions to quit the practice among community pediatricians: associations with specific professional activities. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0268-2>
- Grover, S., Adarsh, H., Naskar, C., & Varadharajan, N. (2018). Physician burnout: A review. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 23(2), 78.
https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_47_19
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2015). Emotions, Narratives, and Ethical Mindfulness. *Academic Medicine*, 90(6), 726–731. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000709>
- Janssens, K. M. E., Sweerts, C., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2019). The Physician's Tears: Experiences and Attitudes of Crying Among Physicians and Medical Interns. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 411–420.
<https://doi.org/10.1007/s10880-019-09611-9>
- Kaiser, F., Cooper, H., Zwagerman, J., & Van Os, H. (2014). Mark Rothko. Uit de collectie van de National Gallery of Art, Washington (1ste editie). Hannibal.
- Kittay, E. F. (2020). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. (2nd edition). Routledge Taylor & Francis group.
- KNMG. (2016, november). *Basisdocument optimaal functioneren van artsen*. Artsenfederatie KNMG. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/optimaal-functioneren-en-aanspreken-van-collegas.htm>
- Koster, M. (2013, 12 november). Arts heeft eenzaam beroep. *Medisch Contact*.
<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/arts-heeft-eeenzaam-beroep.htm>
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17–25.
<https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Maio, G. (2017). Fundamentals of an Ethics of Care. *Care in Healthcare*, 51–63.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_4
- Marion, J. (2002). *Being given. Toward a phenomenology of givenness*. Amsterdam University Press.

- Martinsen, E. (2011). Harm in the absence of care: Towards a medical ethics that cares. *Nursing Ethics*, 18(2), 174–183. <https://doi.org/10.1177/0969733010392304>
- Nederlandse Federatie voor Universitair Medische Centra. (2020, maart). *Raamplan Artsenopleiding 2020*. <https://www.nfu.nl/actueel/raamplan-artsopleiding-2020-arts-van-de-toekomst-bevordert-en-bescherm-gezondheid>
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of Thought* (New ed). Cambridge University Press.
- Plante, J., & Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health*, 16(4), 213–216. <https://doi.org/10.1093/pch/16.4.213>
- Pruthi, S., & Goel, A. (2014). Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics*. <https://doi.org/10.20529/ijme.2014.063>
- Pulcini, E. (2016). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64–71. <https://doi.org/10.1177/1754073915615429>
- Ricoeur, P. (1995). *Oneself as Another* (New edition). Amsterdam University Press.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*. Amsterdam University Press.
- Scheepstra, K. W. F., Pauw, H. S., Van Steijn, M. E., Stramrood, C. A. I., Olf, M., & Van Pampus, M. G. (2020). Potential traumatic events in the workplace and depression, anxiety and post-traumatic stress: a cross-sectional study among Dutch gynaecologists, paediatricians and orthopaedic surgeons. *BMJ Open*, 10(9), e033816. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033816>
- Smith, D. W. (2018). *Phenomenology*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2018 Edition). Geraadpleegd op 18 maart 2022, van <https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/phenomenology/>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research* (1ste editie). SAGE Publications Ltd.
- Ten Have, H. A. M. J., Ter Meulen, R. H. J., & Van Leeuwen, V. E. (2009). *Medische ethiek* (3de editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27–43. <https://doi.org/10.1332/239788217x14866281687583>
- Van de Vathorst, S., & Schermer, M. (2020). Autonomie of relationele autonomie? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164(D4250). <https://www.ntvg.nl/artikelen/autonomie-relationele-autonomie>

- Van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen. *KWALON*, 18(1), 21–28.
<https://doi.org/10.5553/kwalon/138515352015018001007>
- Van der Meide, H., Olthuis, G., & Leget, C. (2014). Feeling an outsider left in uncertainty - a phenomenological study on the experiences of older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 528–536. <https://doi.org/10.1111/scs.12187>
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg* (1ste editie). Klement, Uitgeverij.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional Loving Care: An Ethical View of the Healthcare Sector (Ethics of Care)* (1ste editie). Peeters Publishers.
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2018). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9873-7>
- Van Steijn, M. E., Scheepstra, K. W. F., Yasar, G., Olf, M., De Vries, M. C., & Van Pampus, M. G. (2019). Occupational well-being in pediatricians—a survey about work-related posttraumatic stress, depression, and anxiety. *European Journal of Pediatrics*, 178(5), 681–693. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03334-7>
- Van Wijngaarden MA, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. *KWALON*, 18(1), 34–39.
<https://doi.org/10.5553/kwalon/138515352015018001009>
- Vanlaere, L., & Burggraeve, R. (2018). *Gekkenwerk* (1ste editie). Lannoo.
- Walker, M. U. (2007). *Moral Understandings: A Feminist Study in Ethics (Studies in Feminist Philosophy)* (2de editie). Oxford University Press.
- Webber, S., Babal, J. C., Shadman, K. A., Coller, R. J., & Moreno, M. A. (2020). Exploring Academic Pediatrician Perspectives of Factors Impacting Physician Well-Being. *Academic Pediatrics*, 20(6), 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.018>
- Weiss, A. K., & Ludwig, S. (2019). Physician well-being: Special considerations in pediatrics. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(11), 100657. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100657>