

Achter het masker van professionaliteit

Een fenomenologisch zorgethisch onderzoek naar hoe intensivisten omgaan met de emoties van walging en antipathie, opgeroepen door patiënten en families.

Master thesis en onderzoek Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit van Humanistiek
2022



Dianne Hoelen
Student nr: 1029541

Begeleider: Dr. Alistair Niemeijer
2^e lezer: Dr. Gustaaf Bos
Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget
19 juni 2023

Aantal woorden: 24271

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Problematisering	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Maatschappelijk probleem	7
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Vraagstelling	10
1.5 Doelstelling	11
1.6 Richtinggevende concepten.....	11
2. Inzichten uit theoretisch onderzoek	12
2.1 Methode literatuuronderzoek	12
2.2 Theoretische verkenning	12
2.2.1 Professionaliteit.....	13
2.2.2 Emoties.....	15
2.2.3 Walging en antipathie.....	15
2.2.4 Taboe.....	16
2.2.5 Lichamelijkheid.....	17
2.2.6 Emoties in de zorgethiek	18
2.3 Conclusies uit het theoretische onderzoek	21
3 Methode	23
3.1 Onderzoeksbenadering	23
3.2 Onderzoeksmethode	24
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	24
3.4 Data verzameling.....	25
3.5 Data-analyse	26
3.6 Ethische overwegingen.....	26
4 Kwaliteitscriteria	28
5 Inzichten uit empirisch onderzoek	30
5.1 Professionaliteit nastreven	30
5.2 Schrik, verwondering en medelijden naast de ervaring van walging	31
5.3 Onmacht, frustratie, boosheid en oneerlijkheid bij antipathie.....	32
5.4 Wat zijn de gevolgen bij deze ervaringen?	34
5.5 Conclusies uit het empirische onderzoek	36
6 Discussie	38
6.1 Walging lijkt ondergeschikt aan zorgverlening.....	38
6.2 Professionaliteit en zelfopoffering	39
6.3 Antipathie en de arts-patiënt relatie met de familie.....	41
6.4 Ervaringen delen en precariteit	43
6.5 Conclusie	46
7 Eindconclusie, beperkingen en aanbevelingen	48
7.1 Eindconclusie.....	48
7.2 Beperkingen	49
7.3 Aanbevelingen	50
8 Literatuur	52
Bijlagen	56
Bijlage A	56
Bijlage B	57

Voorwoord

Hier voor u ligt een groot taboe, zorgverleners horen hier niet over te spreken want dat vindt men niet professioneel, en als ze dat al doen dan alleen met elkaar, andere zorgverleners, die het ook hebben ervaren.

Het feit dat ik hier nu een scriptie over schrijf maakt dat extra spannend. Immers hoe gaan de niet-zorgverleners nu over de zorgverleners denken als zij deze scriptie lezen? Door deze scriptie te schrijven geven mijn respondenten, maar ook mijzelf, ons meer bloot als een persoon met bepaalde ervaringen bij sommige patiënten, en wordt dat misschien minder professioneel bevonden. Juist dit spanningsveld is waar deze scriptie over gaat. Hoeveel en welke emoties mag je tonen binnen het keurslijf van “professioneel handelen”. En hoe om te gaan als de emotie een niet wenselijke emotie is. Dit is een spanningsveld wat me als arts veel heeft geïntrigeerd. De vraag die dan speelt, is het een offer of is het “arts zijn” een entiteit die je altijd moet zijn en steeds meer bij je past zoals men van jou verwacht dat je moet zijn? En wat kan helpen om toch goede zorg te kunnen blijven geven aan een patiënt die negatieve, ongewenste emoties zoals walging of antipathie oproept. Dit zijn onderwerpen die tijdens mijn opleiding als arts nauwelijks ter sprake kwamen maar wel in mijn dagelijkse werk als intensivist ervaar.

Het beroep van intensivist bevat vaak acute zorg maar ook veel begeleiding van familie in een moeilijke periode. In mijn vak kom ik de meest heftige situaties tegen zowel lichamelijke afwijkingen of ziektebeelden maar ook emotionele, sociale of psychische indrukwekkende situaties. Het is voor mij de uitdaging van het vak om iedereen, zowel patiënt als familie, een goede begeleiding te geven naast de behandeling in de hoop dat de patiënt beter wordt. Maar mocht dat niet gaan, dan hoop ik dat mijn behandeling ertoe heeft geleid dat de familie ondanks de slechte afloop toch tevreden is geweest over de behandeling en de zorg. Echter alle intensivisten, en zeker in de COVID-pandemie, hebben wel eens een moeilijke patiënt of familie gehad. Iemand die niet in COVID geloofde en weigerde mee te werken aan isolatie of zijn of haar behandeling. Deze mensen leken onmogelijk om goed te kunnen begeleiden, en brachten soms andere patiënten en personeel in gevaar. De negatieve emoties die dit heeft gegeven zie je heel weinig direct terug in de literatuur. Er worden extra cursussen gespreksvoering en andere soft skills aangeboden voor de werkvloer, maar wat het met je persoonlijk doet komt nauwelijks ter sprake, laat staan hoe je er mee moet omgaan. Daarom heb ik dit onderwerp toch gekozen voor mijn eindscriprie. Ik hoop dat met deze scriptie hiermee zorgverleners, en intensivisten in het bijzonder, uiteindelijk een betere dokter kunnen zijn omdat ze weten dat ze ergens hun negatieve emoties mogen uitspreken.

Uiteraard mag daar waar “hij” of “zij” in algemene zin staat, ook “hij” “zij” of “hen” gelezen worden.

Ik wil graag iedereen bedanken die mij geholpen hebben met het tot stand komen van deze scriptie. En dan met name Sigrid, mijn moeder Marianne en Niels voor het doorlezen en commentaar geven, en vooral voor het aanwijzen van alle spellingsfouten vanwege mijn dyslexie. En natuurlijk Alistair Niemeijer: ontzettend bedankt voor je begeleiding de afgelopen anderhalf jaar en vooral voor je enorme geduld met mijn schrijfproces! En natuurlijk, mijn lieve Niels, Stijn en Suzanne; mijn studie is nu écht afgerond, nu kan ik (voorlopig) weer alle tijd aan jullie besteden!

Samenvatting

In deze scriptie is de vraag onderzocht hoe intensivisten omgaan met de ervaring van de sterk negatieve emoties van walging en antipathie, en hoe zij goede zorg kunnen verlenen als zulke emoties zich voordoen. Op de intensive care (IC) is uitstel of ontwijking van patiënten die deze emoties opwekken vaak niet mogelijk, omdat er acute zorg geleverd moet worden. Hierdoor zou de zorg voor deze patiënten extra belastend kunnen zijn, omdat er vanuit professioneel oogpunt van artsen verwacht wordt dat zij een open en neutrale houding hebben naar alle patiënten.

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat er weinig ruimte is voor het uiten van emoties door artsen, omdat dit als niet professioneel wordt gezien; een arts dient zijn/haar emoties onder controle te houden omdat alleen dan goede zorg geleverd zou kunnen worden. Daarnaast zijn emoties een lastig fenomeen zonder duidelijke definitie en de waardering van emoties is cultureel bepaald. Emoties geven geestelijke maar ook lichamelijke reacties, die vaak moeilijk te onderdrukken zijn. Deze lichamelijke reacties worden direct bij een zintuigelijke ervaring opgewekt, en zijn afhankelijk van persoonlijke ervaringen van iemand. Dit maakt dat lichaam en geest niet los van elkaar kunnen worden gezien, al is dit wel het meest geaccepteerde eeuwenoude dogma.

In de zorg heerst een taboe op het hebben van negatieve emoties zoals walging of antipathie voor een patiënt, waardoor deze emoties weinig worden besproken op de werkvloer. Ook in de algemene literatuur is maar weinig geschreven over hoe artsen met deze emoties om moeten gaan.

Zorgethische theorieën bieden meer ruimte voor artsen om emoties te mogen ervaren. Maar de emoties beschreven in zorgethische literatuur zijn meestal positieve of mild negatieve emoties die meer sociaal geaccepteerd zijn. Zelden worden de emoties van walging en antipathie beschreven. Wel wordt aangegeven dat empathisch zijn naar de patiënt, of compassie hebben met de patiënt, zou kunnen helpen in het geven van goede zorg voor patiënten die deze emoties oproepen en daarnaast mag de arts accepteren dat deze gevoelens er zijn. Ook kan het helpen ervaringen met andere zorgverleners te delen, waarbij de professionaliteit wel voorop moet blijven staan.

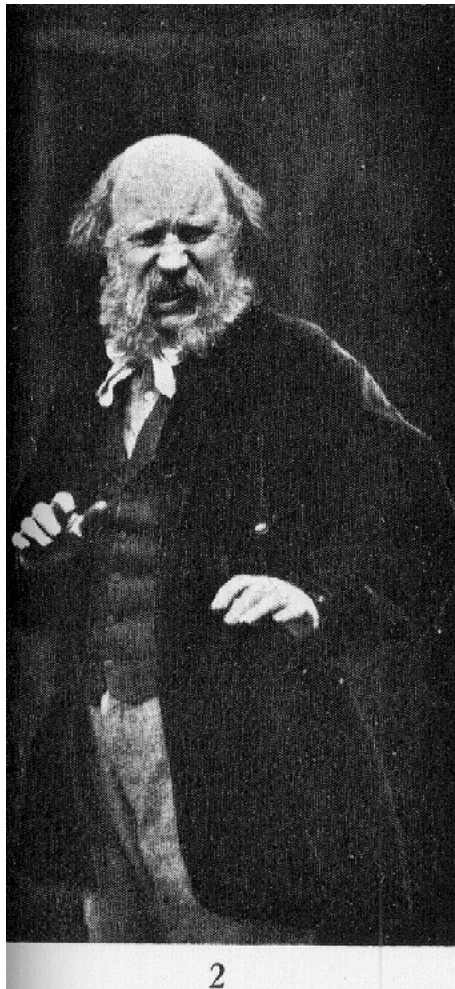
In het empirisch onderzoek is onderzocht hoe intensivisten in de praktijk omgaan met ervaring van walging of antipathie opgewekt door een patiënt. Door middel van interviews werden 4 intensivisten, werkzaam op verschillende IC's in Nederland, gevraagd een casus te beschrijven waarbij zij enorme walging of antipathie hebben ervaren die werd opgeroepen door een patiënt of familie. Vervolgens werd gevraagd wat deze emoties met ze deden en hoe ze hiermee zijn omgegaan.

Uit dit onderzoek bleek dat op het moment dat de respondenten walging ervoeren bij een patiënt, de respondenten voornamelijk schrokken van deze situatie, en vervolgens de walging wilden onderdrukken. Dit wilden ze zowel vanuit professionaliteit als vanuit de noodzaak van de gevraagde acute zorg. Achteraf ervoeren ze medelijden met de patiënt. Walging werd door de respondenten niet als een emotionele belasting gezien.

De ervaring van antipathie werd als een groter probleem ervaren. Door middel van controle houden over de eigen reacties op de gevoelens van antipathie werd geprobeerd de professionaliteit, goede zorg en soms zelfs de veiligheid te waarborgen. Echter de zorg voor patiënten en/of hun familie die antipathie opriepen ging gepaard met veel gevoelens van onmacht, frustratie, boosheid en wanhoop bij de respondenten. Empathie geven lukte vaak niet meer. Wel deelde men vaak de ervaringen met collega-artsen en het verpleegkundig team en maakte men onderling afspraken hoe om te gaan met de families of patiënten.

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de mogelijk helpende rol van compassie of mededogen bij walging pas na het verlenen van de zorg ervaren wordt en dus niet ondersteuning kan bieden op het eerste moment van walging. Het onderdrukken van emoties om professionaliteit te waarborgen kan hierbij gezien worden als zelfopoffering. In de discussie van deze thesis wordt verder ingegaan op de balans wat goed is voor de patiënt en maatschappij en de mate van zelfopoffering door de intensivist, waarbij verder in wordt gegaan op de juiste verhouding tussen deze twee belangen. Daarnaast wordt de arts-patiëntrelatie verder bediscussieerd in het licht van de uitzonderlijke situatie op de IC waarbij een patiënt vaak te ziek is om zijn eigen wensen te kunnen uiten.

Tenslotte wordt het samen ervaringen delen bediscussieerd, waarbij in wordt gegaan op extra ondersteuning die dit zou kunnen geven, waarbij de vergelijking wordt gemaakt met het *doulia* principe van Kittay. Hierbij ondersteunen anderen de zorgverleners zodat de zorgverlener zijn of haar zorgwerk kan blijven uitvoeren. Ingegaan wordt op de ervaren kwetsbare positie van de intensivisten, die maakt dat zij zich mogelijk niet altijd even vrij voelen om hun eigen gevoelens te uiten omdat zij zich onzeker voelen over hun positie binnen de organisatie. Hierbij speelt het gegeven dat negatieve emoties als walging en antipathie nog altijd taboeonderwerpen zijn onder zorgverleners.



Deze foto is gepubliceerd door Charles Darwin in 1872 waarbij het gezicht van deze man walging laat zien
Charles Darwin. (1872) "Chapter 11: Disdain, Contempt, Disgust, Pride, ect., Helplessness, Patience, Affirmation and Negation", *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Appleton & Company (pp. 253-277)

1. Problemativering

In dit hoofdstuk wordt eerst de aanleiding voor dit onderzoek besproken. Vervolgens zullen de maatschappelijke en de wetenschappelijke probleemstelling worden weergegeven. Hieruit zullen de hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek worden gepostuleerd, waarna de doelstelling wordt geformuleerd. Als laatste worden de richtinggevende concepten van dit onderzoek besproken.

1.1 Aanleiding

Als intensivist¹ ervaar ik soms situaties tijdens mijn werk als onprettig. Zo doen sommige patiënten of familieleden zeer naar, door boos te zijn of onredelijk in hun eisen en gedrag. Of een patiënt heeft een zeer vieze wond waar de maden uitlopen, of stinkt enorm omdat hij zich al weken niet heeft gewassen. Zelf merk ik dat sommige situaties mij meer aangrijpen en tegenstaan dan andere situaties. Bij een boosaardige familie kan ik meestal wel ‘gewoon’ reageren met empathie en de normale zorg en aandacht geven die ze nodig hebben. Ik analyseer in zo’n situatie waarom deze familie zo naar op mij overkomt, bijvoorbeeld door te bedenken dat ze overbezorgd zijn over het zieke familielid en daarom naar doen in mijn ogen. Er zijn echter ook situaties waarbij me dit niet lukt en ik mijn eigen reacties en emoties veel meer in de weg voel zitten.

Tijdens de COVID-19-pandemie² zijn er families geweest die zo wantrouwend waren en lelijk bleven doen, dat er niet met hen te communiceren viel. Vaak wilden zij niet geloven dat hun geliefde zo ziek was door COVID-19. Deze families riepen dan ook veel antipathie bij mij op waardoor het voor de patiënt zorgen moeilijker werd.

Persoonlijk heb ik veel last van rochelgeluiden die een patiënt maakt bij het ophoesten van een sputumfluiem. Ik ervaar dan lichamelijke reacties zoals dat ik, als ik het zie en hoor, bijna moet kokhalzen naast de patiënt. Deze lichamelijke reacties zijn onderdeel van de emotie walging. Onderdrukken van deze reactie is lastig maar ik probeer dit wel, want ik vind mijn reactie niet professioneel. Zeker niet tegenover de patiënt of de familie, als die erbij aanwezig is.

Over dit soort emoties en ervaringen wordt weinig gesproken op de werkvloer, maar bij navraag op mijn eigen IC blijken andere zorgverleners ook soortgelijke ervaringen te hebben en deze situaties ook lastig te vinden. Een extra lastig element is dat IC-zorg niet kan worden uitgesteld: het is acute zorg die op dat moment moet gebeuren, er is dus geen tijd om te wachten tot de patiënt schoon is gemaakt of de familie weg is. Hierdoor is vermijden dus meestal geen optie.

Bovenstaande is de aanleiding van mijn onderzoeksvraag: hoe moeten we als zorgmedewerkers omgaan met patiënten die walging of antipathie oproepen? Hoe kunnen we op een zorgethische manier deze mensen goede zorg geven maar ook stil staan bij onze eigen gevoelens en lichamelijke reacties als zorgverlener? In de huidige zorgethische theorieën is er, in tegenstelling tot de dominante ethische theorieën, ruimte om emoties bij zorgmedewerkers te waarderen en accepteren. In het bijzonder wil ik binnen dit onderzoek kijken hoe we als intensivisten met deze walging of antipathie, opgewekt door patiënten of

¹ In deze scriptie wordt de term intensivisten gebruikt. Dit zijn medisch specialisten die na hun specialistenopleiding speciaal zijn opgeleid om patiënten op een intensive care te kunnen behandelen en kunnen verschillende basis specialismen hebben als achtergrond zoals internist of anesthesist.

² COVID-19 is de officiële naam van de ziekte die veroorzaakt wordt door het Sars-CoV-2 virus, wat de COVID-19-pandemie in 2019-2022 veroorzaakte.

familie, moeten omgaan. De keuze voor dit onderwerp komt voort uit het feit dat er vele aspecten in de zorg zijn die walging of antipathie kunnen oproepen, maar die nauwelijks of niet bespreekbaar lijken op de werkvloer.

1.2 Maatschappelijk probleem

Er zijn al langere tijd veel personeelstekorten in de zorg, zoals binnen de IC vóór de COVID-19-pandemie. Er was al jaren een concreet tekort aan Intensive Care (IC)-verpleegkundigen (van der Brink, Herderschee & Vleugels, 2018). Ten gevolge hiervan waren er al minder IC-bedden operationeel bij het begin van de pandemie. Door de toename van de werkbelasting zowel fysiek als emotioneel tijdens de COVID-19-pandemie, zijn veel IC-verpleegkundigen gestopt met werken en is het tekort nog verder opgelopen ondanks pogingen om meer verpleegkundigen aan te trekken en op te leiden (Baltesen, 2022; Stevens, 2022; van Rootselaar, 2021). Bij artsen op de IC is dit verloop minder te zien, maar is er wel een hoger langdurig ziekteverzuim (Maillette de Buy Wenniger, 2021). De hoge emotionele belasting van het werk wordt aangegeven als mogelijke verklaring voor dit verzuim bij artsen, al is dit niet nader gespecificeerd.

Emoties, zeker de basale emoties waar walging onder valt, gaan vaak gepaard met fysieke reacties: denk bijvoorbeeld aan de eveneens basale emotie boosheid, waarbij de hartfrequentie toeneemt en sommigen een rood gelaat krijgen. Zo geeft walging een trage hartslag, veranderingen in de ademhaling en gastro-intestinale verschijnselen (Haidt et al., 1994). Deze reacties zijn nauwelijks te onderdrukken. Emoties kunnen worden opgewekt door iets van buitenaf of van binnenuit, maar geven een duidelijke lichamelijke reactie met bijpassende gelaatsuitdrukking als signaal aan anderen wat er met deze persoon gebeurt. Ze hebben hiermee ook een sociale functie. Zo laat de emotie van walging zien dat iets als zeer onprettig of vies wordt ervaren en daarmee geeft de persoon via de emotie een waarschuwingssignaal af aan anderen.

Van oudsher bestaat de visie in de gezondheidszorg dat een arts geen emoties dient te tonen. Dit zou namelijk het helder rationeel denken en handelen van de arts vertroebelen. Emoties tonen door een arts wordt daarom als niet professioneel gezien.

Aan emoties, opgeroepen door het werk, wordt weinig aandacht besteed tijdens de opleiding (Dornan, et al., 2015; Helmich et al., 2014). En dit terwijl veel artsen wel emoties ervaren tijdens het uitvoeren van hun werk, zeker als dit binnen specialismen is waar veel heftige dingen gebeuren, zoals op een IC (Janssen et al., 2015; Lutke Schipholt, 2004; van Tuyl, 2011). Er is vooralsnog geen duidelijke richtlijn geschreven hoe artsen met hun (heftige) emoties tijdens hun werk moeten omgaan, behoudens dat de landelijke richtlijn zegt dat ze onder controle moeten zijn zodat men een professionele houding kan blijven aannemen (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG), 2016).

Het professionaliteitsbeeld dat wij (als maatschappij en als artsen onderling) hebben van artsen, dat al door Hippocrates is neergezet, behelst dat de arts een neutrale houding aanneemt naar al zijn/haar patiënten, ongeacht komaf of staat waarin de patiënten verkeren (Hippocrates & Potter, 1995). Daarnaast heeft de arts een zorgplicht: hij/zij moet bij elke patiënt goede zorg verlenen en heeft daarmee dus een zorgverantwoordelijkheid in het kader van goed hulpverlenerschap (KNMG, 2007).

Dit werkt tegen elkaar in: als de arts een heftige emotie van walging ervaart bij de patiënt die lichamelijke reacties opwekt, moet hij/zij toch een neutrale houding blijven volhouden en dus

emoties onderdrukken om professioneel te blijven om goede zorg te blijven geven. Daar de walging door iets van een patiënt wordt opgewekt, kan de patiënt dit opvatten als een signaal dat de arts van hem walgt en hem misschien niet wil helpen, als de arts laat zien dat die iets vies vindt aan de patiënt. Een dergelijke ervaring is niet wenselijk voor de patiënt, en zou kunnen worden gezien als in tegenspraak met het recht op goede zorg voor iedereen (KNMG, 2022).

Daar staat tegenover dat het voor een arts een hele uitdaging is om een professionele houding aan te nemen als hij/zij veel last heeft van de walging die door de patiënt wordt opgewekt. Dit zou kunnen meespelen bij de artsen in het ervaren van de werkbelasting. De arts is zich bewust van zijn/haar reactie maar weet ook dat die zich professioneel moet opstellen. De arts zal misschien de patiënt zoveel mogelijk vermijden wat mogelijk minder goede zorg tot gevolg heeft of zorg die als zwaar wordt ervaren. Bij acute zorg, zoals op de IC, is vermijding geen mogelijkheid, zorg moet op dat moment gegeven worden waardoor de confrontatie van de arts met diens eigen reacties en gevoelens groter is.

Als een arts antipathie jegens een patiënt ervaart, kan de arts dit vaak wel goed verbergen omdat hierbij directe fysieke reacties minder of geen rol spelen. Ook hier is vermijden binnen de IC niet mogelijk, dus zal de arts steeds weer geconfronteerd worden met een situatie die hij/zij als emotioneel lastig en belastend kan beschouwen. Professionaliteit en emoties tonen, vooral negatieve emoties, lijken dus lijnrecht tegenover elkaar te staan bij het zorgverlenen. De moeilijkheid om hier mee om te gaan wordt verder versterkt doordat het niet goed bespreekbaar lijkt te zijn, oftewel er ligt mogelijk een taboe op het bespreken van (negatieve) emoties, opgewekt door patiënten, die zorgverleners kunnen ervaren (Janssen et al., 2015, Carbo, 2004; Maassen & Fledderus, 2012)).

Zorgethiek geeft in tegenstelling tot de andere ethische theorieën wel een plaats voor emoties bij zorgverleners. Meerdere zorgethici geven emoties zelfs een belangrijke rol in het geven van goede zorg, ongeacht of deze emoties in de maatschappij als positief of negatief worden gezien, want beiden kunnen een waardevolle toevoeging zijn (Baur et al., 2017).

Door onderzoek te doen naar de walging en antipathie die ervaren wordt door intensivisten komt er naast de kennis over deze emoties bij intensivisten, misschien ook een beweging in gang die ervoor kan zorgen dat deze emoties niet meer een taboe zijn, en bespreekbaar worden op de werkvloer. Door een vermindering van het stigma op dit onderwerp kan dit ook bijdragen aan betere omgang met emoties en daarmee aan vermindering van de emotionele werkbelasting. Maatschappelijk gezien zou dit als positief gevolg kunnen hebben dat artsen minder snel uitvallen op de werkvloer door emotionele belasting. (Halpern, 2014; Vanlaere & Burggraave, 2018)

1.3 Wetenschappelijk probleem

Emoties ervaren door zorgverleners, bij artsen in het bijzonder, zijn maar beperkt onderzocht, zeker de emoties van walging en antipathie (Helmich et al., 2014; Kaiser et al., 2019; Ruissen & van Tilburg, 2011; Vanlaere & Burggraave, 2018). Hierboven is al beschreven dat er zowel een maatschappelijk als professioneel taboe rust op de walging of antipathie ervaring van de zorgverlener ten aanzien van een patiënt. Omdat het ervaren van emoties als niet professioneel wordt gezien, omdat het mogelijk patiënten kan kwetsen of deze kan denken dat hij hierdoor geen goede zorg zal krijgen, zullen zorgverleners hun gevoelens ook niet snel onderling bespreken.

Professionele distantie staat nog steeds hoog in het vaandel (van Tuyl, 2011), aangezien het ook een bepaald doel dient: door de afscherming van eigen emoties zou het eigen handelen niet vertroebelen maar blijft het ‘rationeel’ en kan de arts zo de juiste ‘objectieve’ keuzes in de behandeling voor de patiënt (KNMG, 2007, 2022).

Onderzoek naar emoties is bijzonder lastig omdat emoties geen eenduidige definitie hebben en op vele wijzen zijn in te delen: diverse emoties verschillen veel van elkaar en de waardering van emoties is sterk afhankelijk van de maatschappelijke duiding waardoor overal in de wereld eenzelfde soort emotie verschillend kan worden ervaren en gewaardeerd. Veelal wordt er een globale indeling gemaakt in positieve emoties en negatieve emoties zoals die meestal worden ervaren in de huidige westerse maatschappij maar dat is een hele grove indeling.

Er wordt de laatste jaren wel meer onderzoek gedaan naar emoties bij zorgverleners, veelal bij verpleegkundigen (Dornan et al., 2015; Helmich et al., 2014; Krey, 2004; Ruissen & van Tilburg, 2011).

Hoewel er de laatste jaren langzaam steeds meer aandacht wordt besteed in de verpleegkundige opleiding aan hoe je emoties in je werk een plek kunt geven (Krey, 2004), is dit in de geneeskundige opleiding slechts sporadisch een onderwerp; als emoties al besproken worden, gaat het veelal om emoties van onzekerheid, enthousiasme en angst (Dornan et al., 2015; Helmich et al., 2014). Wat opvalt is dat het vooral positieve en mild (maatschappelijk nog net wel geaccepteerde) negatieve emoties zijn, die worden beschreven als het emoties bij zorgverleners betreft. Sterk negatieve emoties als walging zijn echt nauwelijks beschreven bij zorgverleners, mogelijk omdat hier een taboe op rust (Vollaire, 2011).

Daarnaast is onderzoek rond het professionaliteitsbeeld lastig. Als eerste is er geen eenduidige definitie van het begrip professionaliteit (Dijken et al., 2021). Door het ontbreken van een heldere definitie is onderzoek doen naar dit fenomeen ook lastig, laat staan als de tweede component van het onderzoek emoties zijn die ook geen heldere definitie hebben. Daarnaast speelt het professionaliteitsbeeld van artsen hierin een rol: omdat de heersende gedachte is dat emoties bij artsen niet aanwezig mogen zijn of in ieder geval onder controle moeten zijn, om zo hun professionele distantie te kunnen waarborgen naar de patiënt, wordt hierdoor waarschijnlijk weinig onderzoek naar gedaan bij zorgverleners, terwijl bij onderzoek naar emoties in het algemeen hier wel over te onderzoeken is (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2018). Deze paradox van de professionaliteit met zijn distantie tegenover het ervaren van emoties en deze onder controle hebben door artsen is nog steeds de huidige norm in de praktijk. Echter wetenschappelijk onderzoek hiernaar is er nauwelijks waardoor het huidige beeld van de professionele distantie en het onder controle houden van de emoties een aanname blijft die wordt gehandhaafd binnen het artsenberoep.

Er wordt aangenomen dat door ervaringen tijdens de opleiding, beginnende artsen vanzelf leren omgaan met emoties (Verhulst, 2015; Helmich et al., 2014). De veronderstelling is dat wanneer iemand dan eenmaal arts is, hij of zij alle emoties kan verbergen dan wel onder controle heeft (van Mook et al., 2009). Uiteraard ervaart de arts wel emoties, en ook negatieve emoties zoals walging en antipathie, maar de arts dient zelf een weg te vinden om hier mee om te gaan en de emoties worden weinig besproken (Vollaire, 2011). Het is daarom ook niet verassend dat artsen enerzijds sterk worstelen met hun professionele houding waaraan ze willen vasthouden, en anderzijds hun emoties, die misschien wel erkend worden maar vaak niet of onvolledig worden geaccepteerd (Janssen et al., 2015; Koster 2013; van Tuyl 2011).

Zorgethiek is een stroming binnen de ethiek die vanuit de lens 'zorg' kijkt naar wat goed is om te doen, en dus ook kijkt naar wat goede zorg zou kunnen behelzen. Hierbij worden de relaties en de hele context van een situatie meegenomen, zowel vanuit de patiënt als ook vanuit de arts (Leget et al., 2019).

Veel zorgethische literatuur benadrukt juist het morele belang van emoties waarbij emoties juist als een goede bron worden gezien om te kunnen helpen bij bijvoorbeeld het maken van lastige morele keuzes (Baur et al., 2017; Le Coz & Tassy, 2007). Door onderzoek naar de emoties walging en antipathie te verrichten, wil deze scriptie inzicht krijgen in hoe artsen omgaan met deze onwelgevallige emoties, waarom hier een taboe op rust en hoe deze zich verhouden tot de professionele distantie die van hen wordt verwacht.

De praktijk waarbij de artsen heftig negatieve emoties kan ervaren en de huidige KNMG-richtlijnen en leidraden die leidend zijn in hoe een arts moet werken, waarbij er controle moet zijn over emoties, laten een kennishiaat open in hoe de arts dit moet doen. Door vast te houden aan het feit dat artsen controle hebben over hun emoties, is onderzoek naar dit onderwerp een precair onderwerp. Omdat met het onderwerp dan een signaal wordt afgegeven dat artsen misschien niet hun emoties onder controle zouden kunnen hebben, iets wat als niet professioneel gezien wordt. Mogelijk dat er daarom ook zo opvallend weinig onderzoek is verricht bij artsen als die hun opleiding eenmaal hebben afgerond.

Door het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek kan men niet anders dan vasthouden aan deze distantie als onderdeel van de professionaliteit die al sinds jaar en dag wordt gesteld als belangrijke basishouding die artsen moeten aannemen. Door inzicht te krijgen in hoe artsen met heftige onwenselijke negatieve emoties omgaan, zoals walging en antipathie, kan mogelijk een completer beeld gegeven worden in hoe emoties een rol spelen bij het geven van goede zorg aan patiënten en familie die deze emoties opwekken.

Dit kan ook meer inzicht geven in waar er voor artsen mogelijk extra psychische belasting zit in het werk.

In het licht van de zorgethische theorieën kan de paradox van de professionaliteit van de arts en zijn emoties binnen een arts-patiëntrelatie ook nieuwe inzichten bieden. Naast dat het ook een wetenschappelijke bijdrage levert over de omgang van artsen met de emotie walging en antipathie.

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Hoe kunnen intensivisten goede zorg verlenen aan patiënten die walging of antipathie bij hen oproepen?

Deelvraag theoretisch: Hoe kijkt zorgethiek naar de positie van het tonen van emoties, en de emoties van walging en antipathie in het bijzonder, binnen een arts-patiënt relatie met daarin meegenomen de professionaliteit van de arts?

De empirische onderzoeksvraag: Wat is de geleefde ervaring van de emoties walging en antipathie bij intensivisten tijdens het contact met patiënten of families?

Synthetiserend: Welke inzichten worden verkregen over hoe intensivisten met de emoties van walging en antipathie omgaan als zij die ervaren bij patiënten of families van patiënten. Hoe kan met zorgethische inzichten de zorg beter worden voor patiënten die deze emoties oproepen bij de arts?

1.5 Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel meer inzicht te krijgen in wat walging en antipathie is, en wat deze emoties met intensivisten doen. Met deze inzichten kan met behulp van zorgethische analyses uiteindelijk ook advies gegeven worden hoe zorg voor patiënten, (of familie) die een gevoel van walging of antipathie oproepen, als minder zwaar zou kunnen worden ervaren door de artsen.

Het onderliggende probleem hierbij zit in de wrijving tussen de professionaliteit die artsen willen en moeten nastreven met daarbij het onder controle houden van emoties aan de ene kant, tegenover de basale vaak lichamelijke reacties van de emoties van walging en antipathie, die soms slecht te onderdrukken zijn, aan de andere kant. Dit probleem wordt versterkt door het taboe dat er op het onderkennen en/of bespreken van deze negatieve emoties binnen de gezondheidszorg rust.

Bij een zorgethische visie past het om ook te kijken naar het zorgproces vanuit de zorgverlener, naast het zorgproces vanuit de patiënt, wat nieuwe inzichten kan geven die de zorgverlener kunnen helpen met het omgaan van de gegeven situaties.

1.6 Richtinggevende concepten

Richtinggevende concepten (*Sentisizing concepts*) zijn concepten die aan het begin van een kwalitatieve studie richting kunnen geven aan de studie vanuit een startpunt voor de analyse van het onderzoek (Bowen, 2006). Bowen beschrijft in zijn artikel dat richtinggevende concepten voor de theoretische achtergrond richting kunnen geven, en ze kunnen een framework vormen voor hoe de empirische data kan worden geanalyseerd. Een valkuil van richtinggevende concepten is dat men de empirische data alleen op de concepten beoordeelt en niet meer makkelijk open staat voor nieuwe inzichten (Bowen, 2006, p. 14). De concepten zullen in deze scriptie gebruikt worden voor de theorie en ook zal bij de discussie van de empirische data weer gekeken worden in hoeverre de concepten aansluiten bij de gevonden resultaten. Hierbij is ervoor gekozen om pas in de discussie terug te kijken naar de concepten om zo toch zoveel mogelijk open te staan voor andere inzichten die uit de empirische data voortkomen.

Bij aanvang van dit onderzoek kwamen er een aantal concepten naar voren. Het eerste concept is *professionaliteit*, waar ook het 'goed zorgverlenerschap' onder valt. *Taboe*, daar er vanuit de problematisering het ook een taboe lijkt te zijn om emoties te tonen als arts, laat staan er over te praten. En *lichamelijkheid en ontlichamelijking* welke ook passende concepten zijn daar het lichaam van de patiënt een eigenschap heeft die de walging oproept bij de zorgverlener. Daarnaast kan de arts zelf ook lichamelijke reacties ervaren bij het hebben van basale emoties, en wil de arts deze mogelijk onderdrukken of verhullen, in verband met de professionaliteit die hij of zij wil uitstralen.

2. Inzichten uit theoretisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt als eerste aangegeven hoe de literatuur is opgezocht, hierna zal aan de hand van het literatuuronderzoek worden gekeken naar de rol van emoties bij artsen in relatie tot hun professionaliteit. Daaropvolgend zal er dieper ingegaan worden op het fenomeen emotie, met de emotie walging en antipathie in het bijzonder. Daarna wordt er beschreven hoe het element taboe een rol speelt in deze discussie. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op de lichamelijke daar dit als richtinggevend concept een belangrijk element in dit onderzoek zou kunnen zijn. Als laatste zal er vanuit de zorgethische literatuur naar emoties bij artsen worden gekeken.

2.1 Methode literatuuronderzoek

Voor de theoretische analyse in dit hoofdstuk en ook het vorige hoofdstuk is met de trefwoorden ‘antipathy’, ‘careworker’, ‘disgust’, ‘dislike’, ‘emotions’, ‘medical doctor’, ‘physician’, ‘professionalism’ en ‘taboo’ gezocht in WorldCat en Pubmed en vanuit die gevonden literatuur is verder gekeken naar de literatuur daarin vermeld of die ook relevant zou kunnen zijn voor dit onderzoek. Hierna werd een selectie gemaakt op basis van relevantie met betrekking op de situatie binnen een IC in Nederland. Deze zoekacties hebben plaatsgevonden tussen februari en augustus 2022.

2.2 Theoretische verkenning

In de westerse dominante ethische theorieën, zoals de deontologische theorieën (waarbij de plicht leidend is in het moreel handelen) en de consequentialistische theorieën (waarbij de uitkomst van het moreel handelen leidend is), worden emoties al lange tijd met enige argwaan beschouwd (Reijen & Vergeer, 2015). Een aantal filosofen zoals onder andere de Schotse sentimentalisten hebben nog een poging gedaan om emoties een rol te laten spelen in de ethiek maar dit bleek moeilijk universeel te maken (Tronto, 1993). Emoties worden gezien als lastig, niet voorspelbaar en niet ‘goed’ voor het helder en rationeel denken. Theorieën vanuit de stoïcijnen, de deontologie zoals de categorische imperatief van Kant, maar ook de verschillende consequentialistische theorieën zijn immers ethische theorieën die werken op basis van rationele afwegingen en redeneringen, en hebben al honderden jaren de overhand als algemeen geaccepteerde ethische theorieën (Reijen & Vergeer, 2015; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2018).

Over het algemeen zijn het overwegend deontologische principes die in de geneeskunde worden toegepast: de arts legt bij het behalen van zijn of haar diploma een eed of gelofte af waarin staat wat hij of zij wel en niet zal doen bij patiënten (Nederlandse Federatie van universitair medische centra (NFU), 2003). De Amerikaanse bio-ethici Beauchamp en Childress hebben voor de medische ethiek vier belangrijke pijlers ontwikkeld die zorgverleners moeten meenemen bij belangrijke ethische beslissingen, te weten: autonomie, niet schaden, goed doen en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress, 2001). Met deze pijlers en binnen de eed of gelofte beweegt de arts zich, om zich zo professioneel mogelijk op te stellen naar patiënten. Daarnaast heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) een richtlijn professionaliteit en een gedragscode geschreven waaraan artsen zich dienen te houden (KNMG, 2007, 2022). Het doel van de eed en de richtlijn met code is om er zorg voor te dragen dat alle artsen naar goed behoren zorgen

voor patiënten én samenleving (KNMG, 2022). Daarnaast is er een uitgebreide wetgeving die de absolute grenzen aangeeft waarbinnen de artsen moeten functioneren zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, 2020). Ook deze wet is gebaseerd op de vier pijlers van Beauchamp en Childress.

2.2.1 Professionaliteit

Hippocrates heeft al 2500 jaar geleden aangegeven dat artsen onberispelijk gedrag moeten tonen naar alle patiënten ongeacht de situatie en hun achtergrond (Hippocrates & Potter, 1995) De eed of gelofte die artsen nu afleggen is in zekere zin een afgeleide van deze eed van Hippocrates, en geeft in de basis aan hoe artsen zich professioneel moeten gedragen (Ruissen & van Tilburg, 2011). Professionaliteit is echter een zeer breed begrip en is niet helder omschreven. Er zijn vele beschrijvingen van en ook de KNMG heeft in 2007 een manifest gepubliceerd over wat zij onder professionaliteit verstaan (KNMG, 2007). Zij stellen dat professionaliteit is: "Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt". Hiermee stellen ze dus dat professionaliteit een middel is om vertrouwen van patiënten te winnen. En eigenlijk laat de KNMG hiermee het enigszins open hoe een arts dat doet. Het is hierdoor echter een manifest met weinig concrete aanwijzingen voor gedrag en omgang met emoties.

Recent is het boek 'professionaliteit in de zorg' verschenen dat is samengesteld door Dijken et al. (2021). Hierin worden veel verschillende aspecten besproken van professionaliteit, zoals de betekenis en wat er onder professionaliteit zou kunnen vallen en hoe een zorgprofessional er mee kan omgaan, maar ook deze auteurs geven aan dat er geen duidelijke definitie is. Wel benoemen ze drie verschillende denkbare kaders om professionaliteit te beschouwen, te weten: het denkraam van deugden, het denkraam van gedrag en het denkraam van de identiteitsvorming. Hierbij geven ze aan dat de betekenis van professionaliteit deels subjectief is, omdat iedereen een ander beeld heeft bij wat professioneel is. Ook is professionaliteit iets wat alleen tot stand komt vanuit handelingen of gedrag van een arts. Het is dus secundair aan het doen of laten van een zorgverlener, en professionaliteit kan dus enkel door het beoordelen van het handelen worden waargenomen.

Dijken et al. (2021) stellen dat professionaliteit gezien kan worden als de volgende aspecten van de arts: als attitude, als gedrag of als socialisatieproces en identiteitsvorming. Professionaliteit als attitude wordt omschreven als de set van deugden die de zorgverlener uitdraagt, al is dit een lastig te zien en te meten aspect. Professionaliteit zou men ook kunnen zien in gedrag, dan kijkt men naar de handelingen van de arts. Dit is makkelijk waar te nemen, al kunnen aangeleerde trucjes een mogelijke valkuil zijn in de interpretatie van professionaliteit. Bij professionaliteit als socialisatie en identiteitsvorming wordt een goed zorgverlener gezien als iemand die de waarden van de zorgverlenersgemeenschap in zijn of haar identiteit heeft verenigd, de artsen hebben hun beroep als onderdeel van hun identiteit gemaakt. Hun handelen wordt gezien vanuit het artsen perspectief, ook buiten de zorgpraktijk. Een mooi voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld hoe gepensioneerde artsen zichzelf altijd nog arts blijven noemen maar dan met de term "niet praktiserend" of "in ruste" achter de specialisatie die ze bij hun naam opgeven. Deze mensen voelen zich nog altijd arts en blijven dat ook uitdragen ook al werken ze al jaren niet meer.

Deze drie visies op professionaliteit zijn complementair aan elkaar waardoor er op verschillende manieren het beeld van professionaliteit kan worden gevormd (Dijken et al.,

2021, p. 4-6). Hiermee is er wel meer een raamwerk gevormd over wat professionaliteit is, maar in deze visie is geen duidelijke handreiking te vinden hoe artsen moeten omgaan met hun emoties als ze deze ervaren tijdens hun werk. Het lijkt erop alsof wordt aangenomen dat de meeste artsen dit wel van nature goed zullen oppakken, terwijl er niet bekend is hoe artsen dit moeten doen en volhouden tijdens hun loopbaan.

In het Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde wordt door van Mook et al. (2009) onder andere beschreven wat in de Nederlandse opleiding tot arts wordt verstaan onder professioneel gedrag. Hierbij gaan zij uit van drie gebieden: omgaan met werk, omgaan met anderen en omgaan met zichzelf. In omgang met werk worden de volgende eigenschappen benoemd: verantwoordelijkheid, leiderschap, open staat voor toetsing, deelnemen aan nascholing, de arts moet vaardig zijn en ook het tonen van hoge morele normen en waarden hoort hierbij. In het omgaan met anderen wordt benoemd dat de arts in het algemeen een professionele afstand houdt, altruïstisch, empathisch en integer is, en compassie en respect toont, en in omgang met patiënten, het patiënten-belang boven eigenbelang stelt, gevoelig is voor de behoeften van de patiënt en open staat voor de patiënt. Bij omgang met zichzelf wordt onder andere openheid over eigen gedrag, transparantie, stabiliteit, bescheidenheid en tolerantie benoemd (van Mook et al., 2009). Dit wordt zo gesteld omdat de arts altijd open moet staan voor elke patiënt. Als de arts te veel met zijn eigen emoties bezig is, zou de patiënt niet meer op één staan en zich misschien onwelkom voelen, iets wat niet zou mogen.

Daarnaast is er nu het CanMEDS-model waarop artsen worden beoordeeld op hun functioneren op 7 gebieden. Dit model is voor het eerst beschreven en toegepast in Canada, maar wordt nu wereldwijd gebruikt om artsen te kunnen beoordelen op hun functioneren en waar ze aan moeten voldoen voor het behoud van hun accreditatie als arts. Professionaliteit is een van deze 7 disciplines en wordt hier onderverdeeld in de gebieden: patiënten, gemeenschap, professie, en zichzelf (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015). De invoering van deze CanMEDS-criteria waarop de arts wordt beoordeeld, had als doel het verbeteren van de patiëntenzorg waarmee de gedachte is dat als de arts aan de 7 criteria voldoet hij een goede arts voor zijn patiënten is. Hier is de definitie van professionaliteit dus weer anders geformuleerd, wat weer aangeeft dat er geen heldere eenduidige definitie van te geven is omdat iedereen hier een ander beeld bij heeft.

De eigenschappen die Mook et al. (2009) benoemen die een arts in opleiding in Nederland moet hebben om professioneel gevonden te kunnen worden, lijken weinig tot geen ruimte te geven voor het hebben van eigen emoties door de arts, behoudens dat men ze onder controle moet hebben om stabiel te zijn (Ruissen & van Tilburg, 2011). Wel komt steeds meer naar voren dat een arts goed moet zijn in gevoelsreflecties, ook wel empathie genoemd. Hierbij bemerkt en benoemt de arts de emoties van de patiënt. Deze empathie blijkt een zeer belangrijk element te zijn in de arts-patiënt communicatie (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Larson, 2005; Steiner-Hofbauer et al., 2018). Dat emoties wel belangrijk zijn, lijkt de laatste jaren meer duidelijk te worden. Steeds meer wordt er onderzoek gedaan naar de emoties die door studenten zowel in de verpleegkundigenopleiding als in de artsenopleiding worden ervaren en ook beschrijft men dat artsen hier meer bewust mee om zouden moeten gaan (Dorman et al., 2015; Helmich et al., 2014; Krey, 2004; Ruissen & van Tilburg, 2011).

De meeste onderzoeken lijken echter te gaan over de negatieve emoties als onzekerheid en angst, bij bijvoorbeeld onzekerheid over een diagnose of angst om een diagnose te missen. En tevens zijn de positieve emoties als overwinning (bij het beter maken van een patiënt) en blijdschap bij een geslaagde behandeling beschreven. Bij het uiten van emoties, de positieve

en zeker de negatieve, moet de arts zich wel onder controle houden. Zoals eerder benoemd is het niet de bedoeling dat de arts zich laat gaan in zijn of haar emotie. Er is weinig beschreven over de situatie dat een arts de omgang met een patiënt als onprettig ervaart. Het lijkt erop dat als de arts iets negatiefs ervaart aan of van een patiënt, dit niet snel wordt besproken of misschien wel niet zou mogen. Walging en antipathie worden maar sporadisch beschreven bij verpleegkundigen en zeer sporadisch bij artsen (Ruissen & van Tilburg, 2011; Vollaire, 2011).

2.2.2 *Emoties*

Emoties zelf zijn, zoals eerder gezegd, een lastig fenomeen. Emoties zijn op zeer veel manieren in te delen. Daarnaast is er geen duidelijke definitie te maken omdat verschillende emoties te veel van elkaar verschillen waardoor er geen eenduidige omschrijving van te geven is. Een voorbeeld hiervan is dat sommige basale emoties zoals woede, angst, walging of verdriet duidelijke lichamelijke reacties geven terwijl andere emoties dat nauwelijks doen (Standford Encyclopedia of Philosophy, 2018). Plutchik heeft een uitgebreide indeling gemaakt op basis van acht basis emoties die zeer intense lichamelijke reacties geven (Plutchik, 2001). Daarna volgen de emoties die minder intens zijn en ook soms emoties die bestaan uit verschillende emoties die gemengd zijn met elkaar. Hij beschrijft ook het evolutionaire nut van de verschillende emoties waarbij basale emoties breder in het dierenrijk worden gezien en mensen meer ontwikkelde en genuanceerde emoties kunnen tonen (de gemengde). Plutchik heeft op zijn manier een indeling gemaakt. Maar indelingen voor emoties zijn op zeer veel verschillende manieren te maken en zijn maatschappij gebonden waardoor er niet één universele indeling is. Wel kan gesteld worden dat emoties, en zeker de basis emoties evolutionair gezien waarschijnlijk zeer belangrijk zijn geweest en geassocieerd worden met onze dierlijke afkomst. Maar in onze huidige maatschappij wordt het gewaardeerd als men de emoties onder controle heeft, iets wat al vanuit de Stoïcijnen en later de christelijke kerk in onze maatschappij verankerd zit (Reijen & Vergeer, 2015). Hierdoor zijn de basale emoties met veel heftige lichamelijke reacties vaak als minder wenselijk beschouwd in onze maatschappij.

Vaak worden emoties ingedeeld in positieve en negatieve emoties. Zoals hierboven al aangegeven, zijn de waarderingen van emoties afhankelijk van hoe men ernaar kijkt binnen een maatschappij waardoor er geen vaste goede indeling te maken is. Daarnaast blijkt het moeilijk de verschillende emoties ten opzichte van elkaar te positioneren. Emoties die een goed gevoel geven zoals blijheid en verliefdheid worden vaak als positieve emoties genoemd in de meeste samenlevingen. Daar tegenover staan dan de negatieve emoties zoals boosheid, angst en walging die een nare ervaring weergeven en daardoor in een samenleving als een minder wenselijke emotie gezien worden. Daarnaast zijn er ook meer neutrale emoties zoals bijvoorbeeld nieuwsgierigheid die dan weer niet goed in deze indeling te plaatsen is.

Emoties, zeker de basale waar een mens soms minder goed controle over heeft en gepaard gaan met lichamelijke reacties waar weinig controle over te krijgen is, worden veelal als onwenselijk beschouwd omdat ze de ratio, het helder en logisch denken en daarmee het deugdelijk handelen, in de weg kunnen zitten (Reijen & Vergeer, 2015).

2.2.3 *Walging en antipathie*

Omdat in deze scriptie de termen walging en antipathie object van onderzoek zijn volgt nu eerst een korte uitleg en positionering van deze termen.

Walging is een hele basale emotie van afkeer, welke vaak gericht is op iets fysieks. Opvallend veel fysieke reacties gaan gepaard met walging. Ze hebben een sterke associatie met de mond, smaak, de huid, de anus en de genitaliën (Krey, 2004; Tybur et al., 2013). De emotie walging is waarschijnlijk ontstaan als een bescherming tegen ziekmakende pathogenen. Bij het zien van iets vies (zoals bijvoorbeeld bedorven voedsel, of lichamelijke producten zoals ontlasting) komt er een walgreactie op gang in het lichaam en men neemt daarmee fysiek afstand van dat vieze, eet het niet op, waardoor men zich ertegen beschermt. Vollaire (2011) beschrijft dat dit maakt dat walging ook een ervaring van sterfelijkheid kan geven en daarmee ook een schrik-effect te weeg kan brengen (Vollaire, 2011). Deze aspecten werden zelfs al beschreven door Darwin in 1872 (Tybur et al., 2013). Daarnaast bestaat er ook morele walging zoals bijvoorbeeld als reactie op incest. De theorie is dat deze vorm van walging helpt bij het instant houden van de groep waar men toe behoort. Door moreel te walgen van een bepaald gedrag, keurt iemand slecht gedrag, wat mogelijk gedrag is wat de sociale constructie van een groep schade kan toebrengen, af (Tybur et al., 2013). Op het hebben van walging door een arts ervaren, opgewekt door patiënten, lijkt een taboe te rusten. Deze vorm van walging worden dan ook zeer weinig besproken, want dat wordt niet als professioneel gezien (Kaiser et al., 2019).

Antipathie is een gevoel van afkeer gericht op een persoon of de gedragingen van een persoon en is daardoor meer gericht op de psychische of mentale component van een ander persoon. Antipathie wordt door Vanlaere en Burggraeve in het boek *Gekkenwerk* (2018) beschreven als een tegenpool van sympathie, wat een spontaan gevoel van genegenheid of waardering is voor iemand. Zo geeft antipathie een afkeer weer tegenover iemand op gevoelsmatig vlak (Vanlaere & Burggraeve, 2018, p. 27). Dit gevoel slaat op een persoon, en in de zorg is dat vaak de patiënt of diens familie. Hierbij spelen vaak eigen normen en waarden van de arts mee in of er wel of geen antipathie wordt opgeroepen (iemand zal sneller antipathie bij een leugenaar ervaren als hij zelf eerlijkheid als belangrijke waarde heeft). Ook op antipathie rust een taboe binnen de gezondheidszorg: deze gevoelens over patiënten lijken ook weinig te worden besproken en zijn niet algemeen geaccepteerd (Vanlaere & Burggraeve, 2018). Antipathie ziet men vaak als een “hogere” of meer cognitieve variant van walging omdat er minder lichamelijke reacties bij voorkomen. Door het gebrek aan fysieke reactie is antipathie beter te verbergen voor de anderen (Plutchik, 2001; *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2018).

2.2.4 *Taboe*

Taboes zijn zaken die we liever niet bespreken. Het zijn dingen die niet deugen binnen een samenleving en in een schemergebied zitten tussen ‘wat niet netjes is’ en ‘niet mag’ (Maassen & Oosterwijk, 2006). Taboes zitten daarmee verankerd in onze moraal, en dienen om een groep makkelijk met elkaar te kunnen laten samenleven. Ze geven structuur aan het samenleven en zorgen er zo voor dat elk individu een plaats heeft in de groep, waarbij er bij elke groep van andere taboes sprake kan zijn (Maassen & Oosterwijk, 2006). Maassen en Oosterwijk (2006) beschrijven dat er drie soorten taboes zijn: 1) taboes die betrekking hebben op wat we zijn of hebben, 2) taboes die te maken hebben met wat we zeggen, denken of voelen en 3) taboes die ons gedrag betreffen. Bij een taboe dat gedrag betreft, is er altijd een benadeelde aan te wijzen, een slachtoffer die door dat gedrag benadeeld wordt. Het niet tonen van emoties past bij deze laatste twee soorten taboes. Artsen behoren niet negatief over hun patiënten te praten, en negatief denken of voelen zou ook als incorrect

of niet professioneel kunnen worden gezien. Daarnaast is de gedachte dat de arts een zo neutraal mogelijke houding moet hebben om de patiënt een vertrouwd gevoel te geven (KNMG, 2007).

De emotie walging heeft een zeer sterke negatieve connotatie en wordt als ongepast beschouwd (Kaiser et al., 2019; Krey 2004). In de gezondheidszorg vindt men de emotie vaak ongepast omdat hij wordt opgewekt terwijl je met een patiënt in contact bent om de zorg te geven die hij nodig heeft, terwijl hij het vaak niet kan helpen dat hij met zijn situatie walging opwekt (Kaiser et al., 2019). Hiermee lijkt het hebben van walgende emoties een precair onderwerp, wat niet makkelijk bespreekbaar is, en daarmee dus een taboe. Het taboe zit hier dus in het element van het gedrag, de reactie van walging. Het tonen van emoties, en zeker als dit een walgende reactie is, zou de patiënt kunnen afschrikken. Een arts zou hierdoor bij het ervaren van walging proberen dit zo goed mogelijk te verbergen in het kader van zijn professionaliteit. Men zou hier ook kunnen spreken van het opofferen van zijn eigen reacties omwille van de professionele houding als arts. Vollaire beschrijft in haar pleidooi om walging meer bespreekbaar te maken ook over de persoonlijke worsteling die men ervaart bij walging. Hiermee komen volgens Vollaire verstand en gevoel in de knoop, omdat men rationeel weet dat de patiënt het vaak niet kan helpen dat zijn lichaam deze reactie opwekt, maar het gevoel van de zorgverlener wel zeer heftig kan zijn (Vollaire, 2011).

Bij walging is er nog een ander aspect: de reactie van walging kan namelijk ook heel expliciet opgewekt worden door dingen die een taboe zijn in een maatschappij (morele walging) (Kekes, 1992; Tybur et al., 2013). In dit geval zou door het tonen van een walging reactie een sterk afkeurend taboe signaal naar de patiënt kunnen worden afgeven, waardoor de patiënt heel sterk een gevoel van afwijzing kan krijgen.

Bij de emotie antipathie past vooral het taboe van iets wat niet gedacht, gezegd of gevoeld mag worden. Het wordt als ongepast gezien dat een arts zich negatief uitlaat over een patiënt of dat hij negatieve gevoelens over diens gedrag ervaart. Een arts moet zich ten alle tijden beschikbaar opstellen voor een patiënt, ongeacht wat de arts denkt over de patiënt en daarmee lijkt het dus niet gepast om antipathie te ervaren (KNMG, 2007).

2.2.5 Lichamelijkheid

Zoals al eerder beschreven kunnen emoties (sterke) lichamelijke reacties geven. Hierdoor is lichamelijkheid een onmiskenbaar element bij veel emoties. Je ziet bij veel primaire emoties zoals boosheid en walging maar ook bij blijheid naast de mentale ook fysieke reacties ontstaan, zoals een verandering in de hartslag, rood gelaat, specifieke gelaatsuitdrukkingen tot reacties in het maag-darm-stelsel. Al heel lang worden er door filosofen zoals Descartes theorieën gevormd die een scheiding van lichaam en geest geven (Reijen & Vergeer, 2015; Waldenfels, 2008). Door deze gepostuleerde scheiding is men steeds vaker het lichaam los gaan zien van de geest en daarmee van de rede. Dit dualisme heeft nu nog steeds een duidelijke invloed op het denken: in de huidige liberale traditie worden we als rationele wezens beschouwd die te allen tijde wel overwogen keuzes kunnen maken als we goed geïnformeerd zijn. De gedachte is dat we emoties of gevoelens erbuiten kunnen houden als we een beslissing nemen (Reijen & Vergeer, 2015).

De Duitse fenomenoloog Waldenfels beschrijft dit dualisme en geeft ook het probleem weer hoe we dan ons eigen lichaam moeten zien en hoe we naar een ander moeten kijken. Gevoelens zijn door het dualisme bij het lichamelijke geplaatst en daarmee als iets dat geen relatie mag of kan hebben met de rede (Waldenfels, 2008). Maar Waldenfels laat door middel

van de fenomenologie zien dat de ratio niet los gezien kan worden van de lichamelijke ervaring. Ten eerste is het kijken naar een ander iets wat je doet met je lichaam: eerst heb je waarnemingen via de zintuigen en die vertellen je wat je ziet, hoort of voelt voordat je je realiseert dat je iemand ziet. Door het zien, horen en voelen met het lichaam ervaart men zichzelf en de ander (Waldenfels, 2008). Door de gevoelens te hebben en deze uit te spreken is de geest zich bewust van het lichaam en behoudt daarmee verbinding. Hiermee zegt Waldenfels dat eerst lichamelijke waarnemingen en daarmee dus zintuigelijke gevoelens nodig zijn voordat iemand zich bewust kan worden van een ander persoon. Hiermee is dus het lichaam heel belangrijk in het contact met de ander, nog voor dat de hersenen er rationeel over kunnen oordelen. De waarnemingen worden ook altijd ingekleurd met hoe de waarnemer zelf is, door wat zijn eigen ervaringen en belevingen in het verleden zijn geweest. Dit doortrekkend naar de arts-patiënt relatie betekent dit dat de arts de patiënt eerst ruikt, ziet, voelt en hoort voor hij/zij de patiënt als ander persoon ziet. En in deze eerste gevoelservaring kan ook de walging of antipathie opgewekt worden. Door een persoonlijke ervaring of overtuiging van de arts zal zijn/haar lichaam mogelijk met deze emoties reageren. Doordat we door ons lichaam waarnemen, zal ons lichaam ook heel snel een emotionele reactie kunnen geven, nog voordat deze gedacht kan worden, omdat pas na het waarnemen, het denken hierover kan beginnen. Hiermee is het dus ondenkbaar dat een arts die emoties van walging of antipathie ervaart deze tegelijkertijd rationeel zou kunnen wegdrücken, immers de ervaring en reactie is er al voordat deze rationeel wordt ervaren door de arts.

2.2.6 Emoties in de zorgethiek

Emoties worden in de zorgethiek gezien als bron van kennis over wat goede zorg is en kunnen een belangrijke rol spelen bij de motivatie van zorgen (Baur et al., 2017). Zorgethiek staat, in tegenstelling tot de dominante ethische stromingen zoals hierboven beschreven, meer open om emoties te accepteren en zelfs te gebruiken bij morele problemen door zorgmedewerkers. Gilligan beschreef als een van de eersten in de jaren tachtig een andere manier van het morele denken. Ze beschrijft een moreel denken aan de hand van relationele posities in particuliere praktijken. (Baur et al., 2017). Dit wordt gezien als een eerste zorgethisch moreel denken omdat de onderlinge relaties van mensen het uitgangspunt zijn van wat goed of slecht is voor deze specifieke situatie. Omdat onderlinge relaties binnen de zorg-ethische theorieën zo belangrijk zijn, krijgen de emoties bij die relaties hierdoor ook een rol binnen het morele denken.

Engster en Hamilton (2015) beargumenteren vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines dat affectiviteit en emoties aan de basis liggen van het geven van zorg en dat de mens een natuurlijke neiging heeft tot zorgen, die voortkomt uit emoties (Engster & Hamington, 2015).

Zorgethica Pulcini beschrijft in haar artikel dat met behulp van emoties voor drie motivatie problemen in de zorg een oplossing te vinden is: de motivatie voor het zorgen uit liefde, de motivatie van de zorgmedewerker en de motivatie voor zorg voor een verre ander (Pulcini, 2017). Kijkend naar de zorgmedewerker vraagt men zich af of geld of betaling voor zorg niet in de weg zit bij het geven van zorg. Hierbij is er de angst dat de zorgmedewerker vervreemd van het werk, omdat hij werkt voor geld. Aan de andere kant zou het salaris ook een blijk van waardering geven en juist stimuleren goede zorg te leveren, dit wordt gezien als een extrinsieke stimulatie. Zorgwerk kan daarnaast ook intrinsiek gestimuleerd worden. Pulcini ziet compassie als de intrinsieke drijfveer voor zorgwerkers om het werk te blijven doen. Zij

pleit voor een cultivering van de intrinsieke drijfveer die vanuit compassie voortkomt, omdat deze andere (meer negatieve) gevoelens zoals walging kunnen tegengaan (Pulcini, 2017).

Nussbaum, een filosofe die ook uitgebreid heeft stil gestaan bij de rol van emoties binnen de filosofie, beschrijft in haar boek “Oplevingen van het denken, over de menselijke emoties” de emotie mededogen als een belangrijke emotie die door inleving maakt dat andere, meer negatieve, emoties bestreden kunnen worden (Nussbaum, 2014; pp300-1). Door mededogen van kinds af aan bij de mens bij te brengen, is hij/zij beter in staat zich het leed van een ander voor te stellen en daarmee zou de zorgverlener beter om kunnen gaan met mensen die negatieve emoties oproepen. Omdat de arts door het mededogen meer in staat is het leed van de patiënt te erkennen zou dit de emotie walging neutraliseren. Hiermee komt Nussbaum in de buurt van Pulcini die compassie juist als intrinsieke drijvende kracht achter zorgwerk zag.

De zorgethicus Hammington gaat uit van belichaamde kennis. Het lichaam beweegt, voelt, ervaart en verricht handelingen die het verschil maken in wat goede zorg is en wat niet. Deze belichaamde kennis maakt dat door enkel te handelen, men al moreel goed kan handelen en Hammington stelt daarmee dat de morele kennis niet enkel een rationele aangelegenheid is (Baur et al., 2017; Hamington, 2012). Deze visie sluit ook goed aan bij Waldenfels theorie over lichamelijkeheid.

Baur et al. (2017) geven een uitgebreid overzicht over hoe er door verschillende zorgethici naar emoties wordt gekeken en beschrijven het nut van de emoties in de zorgethiek. Zij beschrijven dat emoties, ook negatieve, een bron van kennis voor goede zorg zijn. Ze geven aan dat de emoties er altijd zijn en dat men er beter aan doet om dit te accepteren. Ook kunnen emoties een meerwaarde hebben doordat ze een richting kunnen geven naar wat goede zorg is. In hun artikel beschrijven ze ook expliciet negatieve emoties en hoe ook deze richting kunnen geven in wat goed is voor de patiënt (Baur et al., 2017). Maar wat er moet gebeuren bij hele heftige negatieve emoties wordt echter niet uitgebreid beschreven.

Emoties, zoals beschreven door de zorgethici, lijken zeker een essentiële rol te spelen in het geven van zorg. Ze lijken zo het verschil te kunnen maken in goede zorg. Echter ook bij zorgethici lijkt er weinig oog te zijn voor heftige emoties of emoties die sociaal onwenselijk zijn om te uiten naar anderen, zoals bijvoorbeeld de emotie van walging die gepaard gaat met een directe fysieke reactie. De meeste emoties die zijn beschreven zijn in de zorgethische literatuur zijn positieve emoties of sociaal meer geaccepteerde negatieve emoties zoals verdriet of boosheid, waarbij men beschrijft dat ze ondersteunen (Baur, van Nistelrooij & Verlaere, 2017)

Echter men is niet veel dieper ingegaan op wat een zorgmedewerker moet doen als de emoties heel erg tegenwerken. Vanlaere en Burggraeve (2018) en Ruisen en van Tilburg (2011) beschrijven wel hoe zorgmedewerkers om kunnen gaan met antipathie; dat je als zorgmedewerker de ervaren antipathie moet omarmen en empathie moet geven aan de patiënt. En door te accepteren en met collega's er over te praten het zal helpen om er mee te kunnen werken. Vanlaere en Burggraeve beschrijven op pagina 30 in hun boek Gekkenwerk (2018) antipathie bij zorgverleners als een kleine ondeugd in de zorg. Ze stellen dat de antipathie die de zorgverlener ervaart vaak vanuit een eigen gevoel ontstaat en dat door te accepteren dat je als zorgverlener deze gevoelens hebt, je er ook mee om kunt gaan. Door simpel contact te maken, open te blijven staan voor de patiënt en door de empathie, die men geleerd heeft te geven als zorgverlener, kan men toch een goede zorgverlener zijn. Het feit dat de patiënt iets in je los maakt is op zichzelf geen verkeerd iets, je moet je er alleen wel bewust van zijn zodat men er op de juiste manier mee weet om te gaan (Vanlaere & Burggraeve, 2018). Ook

Ruissen & van Tilburg beschrijven antipathie als iets wat artsen beter moeten leren omarmen om zo zelfs betere zorg te kunnen geven: door te erkennen dat je antipathie voelt voor een patiënt kan je betere keuzes maken en ook concreet met collega's overleggen of via intervisie tot inzichten komen hoe de patiënt behandeld moet worden (Ruissen & van Tilburg, 2011). Dit is een goed mogelijke oplossing voor de antipathie die een arts zou kunnen ervaren. Het volhouden van een professionele houding zou zo beter mogelijk zijn. Hierbij helpt het dat antipathie minder sterk gepaard met de fysieke reacties zoals walging die weet op te roepen, en daardoor beter in toon te houden en goed te verbergen voor de patiënt.

Hiermee is er een onderscheid te maken tussen emoties hebben en emoties tonen. Uitgaande van de richtlijn van de KNMG moet de arts zijn emoties, als hij deze heeft, niet tonen maar een professionele houding aannemen (KNMG, 2007). Men kan aanvullen vanuit de zorgethische literatuur, dat bij negatieve emoties het hebben van empathie behulpzaam kan zijn. Het wordt echter problematisch als het de arts niet meer lukt om deze empathische professionele houding te kunnen vasthouden. Er wordt in de richtlijn niet gesproken over wat de arts wél met zijn emoties mag en kan. Waar de ruimte is voor emoties komt niet duidelijk in beeld. In de literatuur is er wel enig aandacht voor tijdens de opleiding maar nauwelijks meer als men eenmaal arts is. Waardoor het de indruk wekt dat artsen dan alles onder controle hebben (Ruissen & van Tilburg, 2011).

De situatie waarbij de arts moeite heeft om zijn emoties te onderdrukken, waarbij dat wel sterk gewenst is, wordt nauwelijks besproken, mogelijk vanwege het taboe hierop, of omdat dit als erg onprofessioneel wordt gezien. Het lijkt erop dat de arts altijd in staat wordt geacht om empathie en geduld te kunnen blijven tonen. Literatuur over wat er moet gebeuren als dit niet meer lukt met betrekking tot walging of antipathie is niet te vinden. Terwijl de onderzoeker van deze scriptie zelf en collega's meermaals deze situaties hebben ervaren. Een situatie waarbij de arts een sterke walging of antipathie ervaart, waarbij enkel empathie tonen als zeer moeilijk wordt ervaren, is zeer weinig beschreven.

Indien er geen vertrouwen is in de arts-patiënt relatie is het advies van de KNMG om de behandelrelatie te verbreken en de zorg over te dragen naar een andere zorgverlener, iets wat bij antipathie nog een mogelijke oplossing zou kunnen zijn. Echter bij acute zorg is dat niet goed mogelijk, er moet die acute zorg geleverd worden aan de patiënt, en overplaatsen is vaak niet snel geregeld als daar geen medische noodzaak voor is. Daar komt bij dat bij antipathie het vaak de familie van een patiënt op de IC is, die deze emotie veroorzaakt, waarmee de arts geen directie behandelrelatie heeft, maar de familie wel de patiënt vertegenwoordigd.

De vraag is dus hoe een zorgverlener kan worden geholpen in een situatie waarbij het verbergen van emoties en de daarbij opgewekte fysieke reacties moeilijk of onmogelijk is. Wat kan een zorgverlener helpen in situaties waarin copings-mechanismen als het bij zichzelf accepteren van emoties en het empathie tonen niet meer werken en daarmee de professionele houding onder druk komt te staan? Hier heeft de (zorgethische) literatuur nog weinig antwoord op.

Vanuit zorgethiek zou een eigen invulling hierbij, maar ook het accepteren van eigen emoties van zorgverlener meer kunnen passen (Dijken et al., 2021). Sterker nog, emoties kunnen een belangrijke rol spelen in de ethische overwegingen zoals eerder al gesteld (Baur et al., 2017; Hamington, 2012). Daar komt wel bij dat de arts zich ook moet houden aan de huidige richtlijn over professionaliteit.

Een fenomenologisch onderzoek naar hoe intensivisten omgaan met walging of antipathie jegens een patiënt, zou meer inzicht kunnen geven in dit spanningsveld van de professionaliteit.

2.3 Conclusies uit het theoretische onderzoek

Uit het theoretisch onderzoek is naar voren gekomen dat er voor een arts binnen de huidige opvattingen over de professionaliteit weinig ruimte is om emoties te uiten. De al eeuwen oude gangbare ethische theorieën die daarmee de huidige westerse cultuur hebben gevormd en de huidige richtlijnen stellen dat het tonen van emoties niet wenselijk is. Dit zou het zogenaamde rationele denken in de weg zitten, terwijl een arts ten alle tijden juiste rationele beslissingen moet kunnen maken voor zijn patiënten. Er wordt gesteld dat als een arts emoties toelaat er niet de juiste beslissingen worden genomen voor de patiënt. Als een arts enige emotie toch niet zou kunnen onderdrukken moet dit gecontroleerd getoond worden, omdat de arts oog moet blijven houden voor de patiënt in plaats van opgaan in eigen emoties. Een patiënt zou daardoor anders niet op de eerste plaats komen, of zich niet meer welkom voelen bij de arts, terwijl de arts zich juist zoveel mogelijk moeten open staan voor de patiënt en zijn problemen. Eigen emoties van een arts zouden dit in de weg zitten.

Binnen het palet van emoties blijken de sterke negatieve emoties van walging en antipathie nog sterk onderbelicht te zijn binnen de literatuur en lijkt er een associatie met een taboe, emoties die niet getoond mogen worden of besproken mogen worden bij het verlenen van zorg. Het tonen van dergelijke emoties zou patiënten namelijk kunnen afschrikken om zorg te vragen, iets wat zeer onwenselijk is. Dit is dan ook zo beschreven in richtlijnen van de KNMG waarin professioneel handelen van een arts worden beschreven.

Wel is duidelijk dat de emoties walging en antipathie worden opgewekt bij de zorgverlener vanuit een eigen gevoel, inzicht of waarde. Waldenfels beschrijft dat de eerste reactie die je zintuigelijk waarneemt plaatst in een plaatje bij wat je zelf al bij je draagt. Dit maakt dat iedereen anders reageert. Bij walging is deze reactie heel primair, namelijk het ervaren van gevaar of iets vies vinden, waarbij gedachten aan vergankelijkheid van het leven en de schok die het geeft te realiseren dat men kan sterven direct opkomen. Walging wordt vaak opgewekt door iets fysieks, iets aan het lichaam van een patiënt, maar kan ook door moreel slechte handelingen zoals incest worden opgewekt. Antipathie wordt opgewekt door een psychische component. Bij antipathie zijn dat meer de waarden die men als persoon belangrijk vindt, en die door de ander juist niet worden gerespecteerd.

Er lijkt langzaam een ontwikkeling gaande waarbij er meer aandacht is voor emoties bij de zorgverleners, echter deze is nog zeer beperkt en tot nu toe voornamelijk gericht op zorgverleners in opleiding en betreft positieve of mild negatieve emoties die meestal wel enigszins geaccepteerd zijn op de werkvloer.

Deze recente ontwikkeling gaat ervan uit van dat emoties meer een rol mogen spelen binnen het zorgverlenerschap. Inzoomend op de lichamelijke kennis ziet men dat (doordat men eerst ziet, voelt en of ruikt voordat men een ander persoon bewust waarneemt) er meer aandacht is voor ervaringen en dus emoties die zorgverleners ervaren. Zo wordt binnen de zorgethiek steeds meer gekeken naar wat emoties kunnen betekenen voor het geven van goede zorg. Hierbij kan men denken aan belichaamde kennis die maakt dat een zorg-handeling ook een goede handeling is, of een emotie die kan maken dat men een juiste motivatie heeft om zorg te geven. Opvallend is echter dat de grotere aandacht voor emoties voornamelijk mild

negatieve en positieve emoties betreft. Op het ervaren van sterke walging en antipathie als zorgverlener jegens een patiënt heerst een taboe. Immers vanuit de professionaliteit moet de patiënt zich ten alle tijden welkom blijven voelen om met zijn problemen naar een arts te kunnen gaan, en daarin zou geen ruimte voor sterke negatieve emoties zijn.

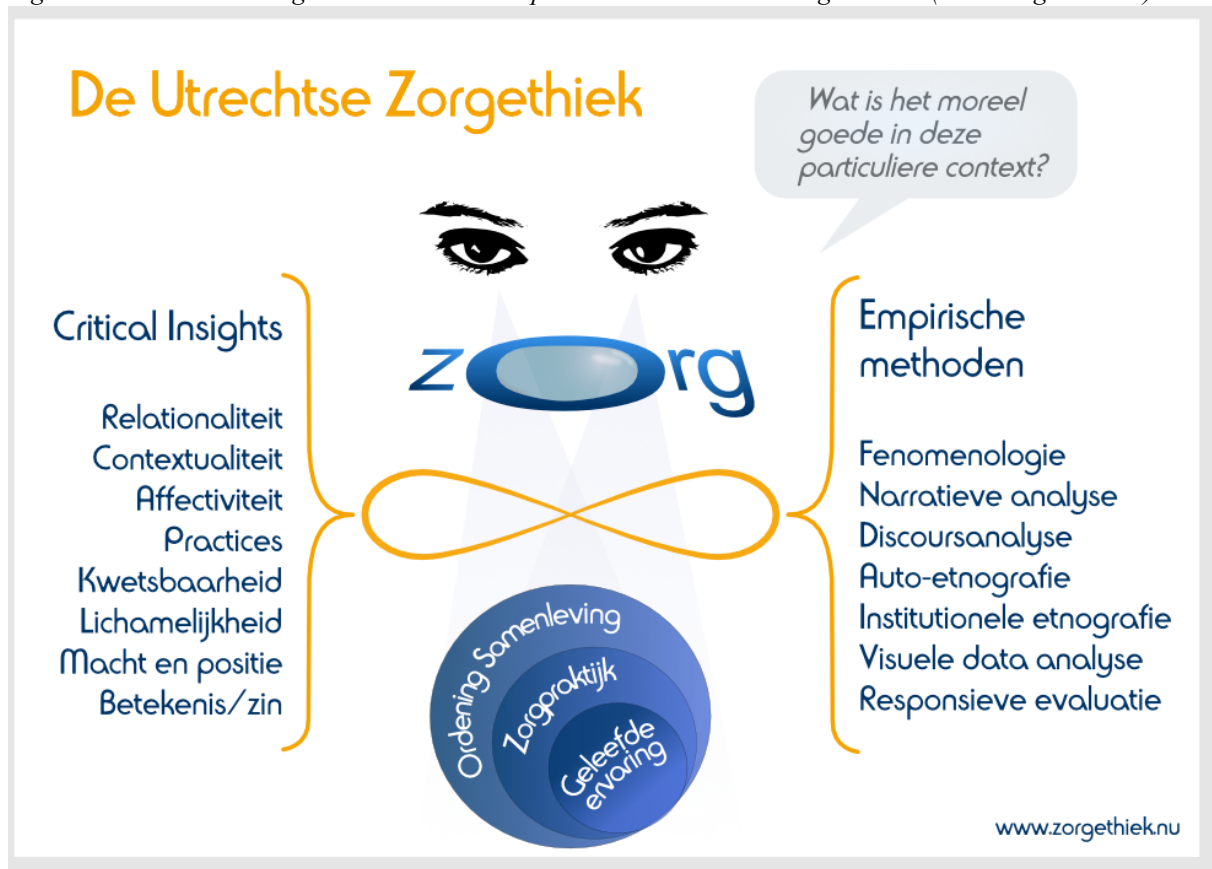
Vanuit de zorghethiek wordt compassie als werkzame emotie benoemd, maar ook belichaamde kennis, de kennis die het lichaam heeft als bron van goede zorg. Deze compassie zou de walging reactie mogelijk kunnen tegengaan.

Voor antipathie is beschreven dat men deze zou kunnen accepteren bij zichzelf en tevens de patiënt benaderen met empathie, als manier om met de gevoelens van antipathie om te kunnen gaan. Op deze manier kan de arts ondanks het negatieve gevoel toch goede zorg leveren en mag hij voor zichzelf accepteren dat hij dit gevoel heeft. De vraag is of deze strategieën afdoende zijn in de praktijk als de arts zeer sterke emoties ervaart van walging of antipathie.

3 Methode

Zorgethisch onderzoek is door Leget et al. (2019) beschreven als onderzoek waarbij er een sterke wisselwerking uitgaat van theoretisch onderzoek en empirisch onderzoek. Hierbij wordt een theorie gevormd met behulp van zorgethische inzichten waarna door middel van empirisch onderzoek de theorie wordt getoetst in de praktijk. In figuur 1 is weergegeven hoe deze wisselwerking tussen de theorie en de empirie er uit kan zien. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het empirische deel van het onderzoek is uitgevoerd: de onderzoeksbenadering, onderzoeksmethode, data-verzameling en analyse. Daarna zal ingegaan worden op ethische overwegingen. De kwaliteitscriteria en de daadwerkelijke resultaten van de analyse zullen volgen in hoofdstuk 4 en 5.

Figuur 1: De wisselwerking tussen theorie en empirie door een lens van zorg bekeken (www.zorgethiek.nu)



3.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek heeft een zorgethische grondslag, zoals beschreven wordt door Leget et al. (2019). Het empirisch onderzoek heeft als basis een sociaal constructivistisch paradigma. Dit is een paradigma dat uitgaat van het feit dat de werkelijkheid die wij kennen een sociaal construct is van de interpretaties van de ervaringen die alle individuele mensen hebben (Creswell & Poth, 2018). Het wereldbeeld kan niet als absoluut zeker worden gekend omdat iedereen iets anders ervaart en er een eigen betekenis aan geeft. Hiermee moet het onderzoek dan ook rekening houden en zich richten op de meningen van de respondenten. De respondenten geven aan hoe zij zelf de situatie zien en vandaar uit vormt de onderzoeker een patroon of een theorie van betekenis. Daarnaast is de context van de participanten belangrijk

omdat deze mede beïnvloedt hoe een participant zijn of haar situaties ervaart. Ook is het bij het sociaal constructivistisch paradigma van belang om de context van de onderzoeker te kennen, daar de interpretatie van de gegevens ook weer afhankelijk is van de context van de onderzoeker (Creswell & Poth, 2018, p.24).

Deze onderzoeksbenadering is passend bij de vraagstelling van dit onderzoek. Zoals uit de theoretische analyse is gebleken worden de emoties van walging en antipathie op verschillende manieren getriggerd. Deze zijn afhankelijk van iemands eigen ervaringen en waarden, waarbij persoonlijke waarden vooral meespelen bij het ervaren van de emotie antipathie.

3.2 Onderzoeksmethode

Om antwoord te kunnen geven op de empirische onderzoeksvraag “Wat is de geleefde ervaring van de emoties walging en antipathie bij intensivisten tijdens het contact met patiënten of families?” is een fenomenologisch onderzoek verricht. De fenomenologie is een vorm van kwalitatief onderzoek waarbij gezocht wordt naar de essentie van een geleefde ervaring van een groep participanten (Creswell & Poth, 2018, p. 75). Kenmerkend voor een fenomenologisch onderzoek is dat er gezocht wordt naar een gezamenlijke ervaring van verschillende deelnemers, waarbij de persoonlijke individuele elementen worden weg gefilterd. Vaak worden hiervoor open interviews afgenomen over een ervaring bij een aantal personen uit de te onderzoeken groep, maar ook andere uitingsvormen zoals bijvoorbeeld gedichten, documenten of observaties kunnen bijdragen aan het onderzoek. In het hier beschreven onderzoek is gekozen voor interviews, afgenomen bij een groep respondenten die was geselecteerd op heterogeniteit (Creswell & Poth, 2018, p. 76-77). Hierin werd gevraagd naar de ervaring en heel specifieke beschrijving van hoe de respondent de ervaring heeft beleefd, wat er in hem op kwam en hoe hij daarop heeft gereageerd. Door middel van een fenomenologische analyse werd de essentie van de ervaring bij de verschillende respondenten geselecteerd.

Het onderzoeksonderwerp was de persoonlijke geleefde ervaringen van intensivisten. Binnen het fenomenologisch onderzoek bestaan verschillende manieren om dit te onderzoeken, waarbij bij een vraagstelling gericht op persoonlijke ervaringen, de Interpretatieve Fenomenologische Analyse (IPA) de meest geschikte methode voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag bleek (Smith et al., 2021). Bij deze fenomenologische onderzoeksmethode worden 3 tot 5 respondenten als voldoende deelnemers beschouwd. Deze deelnemers moeten een representatieve selectie zijn van de te onderzoeken groep en daarmee dus ook voldoende van elkaar verschillen om de hele groep te kunnen representeren (Creswell & Poth, 2018). In dit onderzoek zijn 4 individuele interviews afgenomen bij intensivisten en was de hoofdvraag waarmee het interview begon: “Beschrijf een casus waarbij je enorme walging of antipathie hebt ervaren die werd opgeroepen door een patiënt of familie?” Vervolgens is de respondenten gevraagd om te beschrijven wat dat met ze deed op basis van een semi-gestructureerd interviewstructuur met behulp van een interviewleidraad (Creswell & Poth, 2018; Evers, 2015).

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De artsen die op de IC werkzaam zijn als intensivist waren de onderzoekseenheid binnen dit onderzoek en bij hen werden ervaringen met de emoties van walging en antipathie onderzocht. De gevraagde personen werden persoonlijk benaderd op basis van persoonlijke

relaties en werkrelaties op de IC van de onderzoeker zelf en waren geselecteerd op het hebben ervaren van walging en antipathie tijdens hun werk op de IC (Criterion sampling) (Creswell & Poth, 2018), en hun bereidheid om hierover te willen praten. Tevens is er geselecteerd op diversiteit van leeftijd en geslacht. Er zijn 4 interviews afgenomen voor dit onderzoek. De intensivisten waren op verschillende IC's in Nederland werkzaam, waarvan één als waarnemer en één als Chef de Clinique (dat is een beginnende intensivist, vaak zonder een vaste aanstelling werkzaam op een IC). De leeftijd van de respondenten varieerde van midden dertig tot voorbij 60 jaar. Intensivisten zijn artsen die na hun specialisatie een extra opleiding hebben gevolgd in de intensieve zorg. Alleen intensivisten mogen als specialist de eindverantwoordelijkheid hebben op de intensive care. Hoewel alle participanten intensivist waren tijdens het afnemen van de interviews, beschreven ze ook ervaringen uit de opleidingsperiode: als coassistent, als arts-assistent of als Fellow-IC (een specialist die in opleiding is tot intensivist). De onderzoeker van deze scriptie voldoet ook aan deze criteria van deze onderzoekseenheid. Het perspectief wat is gebruikt is een etic perspectief, waarbij de onderzoeker probeert van buitenaf de situatie te beschrijven, maar door eigen ervaringen in de zelfde situaties is de invulling voor een emic perspectief ook makkelijk beschreven (Creswell & Poth, 2018). In verband met bridling, het zoveel mogelijk open neutrale positie innemen tijdens een interview, is een emic positie niet beschreven in dit onderzoek maar is wel een onderdeel geweest van de reflectie van de onderzoeker. Hier zal in de volgende paragrafen verder op worden doorgegaan.

3.4 Data verzameling

De verschillende intensivisten werden telefonisch, per mail of in een persoonlijk contact benaderd om mee te doen. Bij het selecteren en benaderen werd gelet op diversiteit onder de respondenten om zo een heterogene groep te hebben, te weten twee mannen en twee vrouwen en een grote variëteit in leeftijd en ervaring. Alle interviews vonden plaats nadat informed consent was verkregen.

De open interviews zijn allen uitgevoerd door de onderzoeker middels een videoverbinding met behulp van het programma Teams van Microsoft, op één interview na, dat live heeft plaatsgevonden. Tijdens alle interviews zijn er geluid of video opnames gemaakt welke naderhand zijn uitgeschreven. Dit uitschrijven is deels gedaan met behulp van het transcribeerprogramma in Teams.

Er werden semigestructureerde interviews afgenomen. De basisvraag van de interviews was of de respondenten een keer een walging of antipathie ervaring hebben gehad in bijzijn van patiënten. En hoe ze die hebben ervaren, wat ze toen hebben gevoeld, gedacht en gedaan. Vervolgens is hier tijdens het interview verder op doorgevraagd. Bij alle interviews is er minimaal een ervaring van walging en een ervaring van antipathie besproken. De lijst met vragen die zijn afgenomen tijdens de interviews zijn bijgevoegd in bijlage A.

Omdat de onderzoeker zelf ook in de onderzoeksgroep valt, is er ook een eigen ervaring op fenomenologische wijze beschreven door de onderzoeker zelf omtrent walging en antipathie. Dit geeft een zelfreflectie op de eigen ervaringen en geeft ook inzicht in de eigen ervaringen van de onderzoeker en hoe die naar dezelfde geleefde ervaringen kijkt die door de participanten werden beschreven. Hiermee wordt, doordat de positie en ervaringen van de onderzoeker zelf worden beschreven, ook voor de lezer duidelijk hoe de onderzoeker naar dit onderzoek kijkt als onderdeel van de kwaliteit van dit onderzoek. Deze fenomenologische beschrijving kan gezien worden als onderdeel voor een emic -positie beschreven en doelde daarmee als onderdeel van de kwaliteit borging van dit onderzoek (Creswell & Poth, 2018). Deze eigen ervaring is op te vragen bij de onderzoeker.

3.5 Data-analyse

Kwalitatief onderzoek heeft in de basis meerdere stappen in de analyse (Boeije & Bleijenbergh, 2023; Creswell & Poth, 2018). De eerste stap is datacollectie wat in dit onderzoek de interviews zijn die uitgeschreven zijn. Vervolgens is de volgende stap het ordenen van de data en het beheren van de data. In dit onderzoek was er vooraf een datamanagement plan gemaakt en is er op de universiteits-databank een map aangemaakt voor de data van dit onderzoek en is daar opgeslagen. Vervolgens wordt de data de eerste keer gelezen en voorzien van de eerste ingevingen. Dit geeft de eerste codes in de coderingen van de uitgeschreven interviews. De derde stap is de analyse van de codes, en herschrijven en classificeren van de codes in thema's. Hier worden de thema's geanalyseerd en geïnterpreteerd en als laatste stap moet de data worden weergegeven, wat dan een verslag met de resultaten oplevert

Bij de IPA-methode wordt de analyse uitgevoerd op de uitgeschreven interviews van de participanten. De interviews werden per participant een eerste maal geanalyseerd op het voorkomen van thema's die pasten bij meerdere antwoorden of uitspraken van een participant. Hierbij werden de thema's horend bij de verschillende opmerkingen in de kantlijn geplaatst van het uitgeschreven interview als opmerking. In de tweede analyse werden de thema's binnen een interview vergeleken en overlappende of aan elkaar gerelateerde thema's samengevoegd in overkoepelende thema's. Dit werd vastgelegd door middel van Excel, waarbij per participant een Excel sheet werd gemaakt met de overlappende thema's. Als derde analyse werden de thema's van de interviews onderling met elkaar vergeleken en overlappende thema's die terugkwamen bij meerdere respondenten (en dus ook in verschillende situaties) vastgelegd (Smith et al., 2021). Wat een belangrijk element is van de analyse bij de IPA-methode is dat de eerste 2 analyses dus per interview worden uitgevoerd, waarna pas bij de 3^e analyse de verschillende thema's van de interviews tussen de participanten worden vergeleken met elkaar. Deze thema's zullen worden besproken in hoofdstuk 5 aan de hand van verschillende voorbeelden en citaten. Voorbeelden van de eerste en tweede analyse uit de interviews zijn gegeven in bijlage B.

3.6 Ethische overwegingen

Daar dit onderzoek is uitgevoerd vanuit de studie Zorgethiek en Beleid van de Universiteit voor Humanistiek (UvH) en deze de gedragscode voor wetenschappelijke integriteit onderschrijft sinds 2018, is deze code ook van toepassing op dit onderzoek (KNAW et al., 2018).

Deze gedragscode stelt dat er een informed consent moet zijn gevraagd van de geïnterviewden en dat de data van het onderzoek zijn opgeslagen volgens een goedgekeurd datamanagement plan. Dit plan is geschreven en goedgekeurd en alle onderzoeksdata, vooral de persoonlijke data, zijn op de beveiligde dataserver van de Universiteit voor Humanistiek geplaatst.

De respondenten werden eerst mondeling geïnformeerd en kregen een mail met de schriftelijke informatie, samen met het informed consentformulier. Vooraf aan het interview werd gevraagd of er nog vragen waren naar aanleiding van de gegeven informatie, en daar waar nodig werd er extra informatie gegeven. Nadat het informed consent was getekend, vonden de interviews plaats en tijdens de interviews is respect en waardigheid nagestreefd. De

respondenten hadden te allen tijde de mogelijkheid om zich terug te trekken uit het onderzoek.

Er is extra aandacht besteed aan de anonimiteit van de deelnemers daar het een taboe-gevoelig onderwerp betreft. Daar de beroepsgroep klein is en daardoor de artsen makkelijk te herkennen zijn is dit een extra belangrijk element in ethische overwegingen. De artsen moesten zich vrij voelen te kunnen spreken over hun gevoelens. Omdat dit een taboeonderwerp betreft en als niet professioneel wordt gezien door anderen en zeker ook binnen de eigen collega beroepsgroep, is hier zeer veel aandacht voor geweest. Mede hierdoor is de casus definitie in paragraaf 3.3 bewust vaag gehouden om te voorkomen dat identiteit van de respondenten herleidbaar zou zijn. Ook zijn er bij hoofdstuk 5 niet de correcte persoonlijke voornaamwoorden zoals “hij” of “zij” gebruikt bij verwijzingen naar de verschillende respondenten maar enkel “hij”, om zo het geslacht onbekend te laten.

Ook is er bij de beschrijving van één casus heel bewust de lichamelijke conditie waarin de patiënt verkeerde zeer vaag beschreven daar ook deze conditie tot de bewuste patiënt te herleiden zou kunnen zijn. Het betrof hier namelijk een zeer uitzonderlijke en zeldzame afwijking. Bij alle andere casussen zijn situaties beschreven die veel frequenter voorkomen en dus niet makkelijk te herleiden zijn tot de individuele patiënten.

Ook is er bewust voor gekozen de persoonlijke fenomenologische beschrijving van de onderzoeker niet bij deze scriptie toe te voegen omdat daarmee de onderzoeker, die tevens arts is, een mogelijk negatief signaal kan afgeven aan patiënten, omdat zij zich misschien niet welkom zouden kunnen voelen omdat deze arts heeft gewalgd bij patiënten en ook antipathiegevoelens heeft gehad bij patiënten en familie.

4 Kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk zal stil gestaan worden bij de kwaliteitscriteria van het gedane fenomenologische onderzoek. Dit gebeurt aan de hand van twee artikelen waarmee de kwaliteit van de werkwijze wordt onderzocht. Een deel van de kwaliteitsaspecten zijn terug te vinden in de hoofdstukken 3 en 5.

Voor kwalitatief onderzoek is het belangrijk om aan een aantal kwaliteitscriteria te voldoen, die maken dat de uitkomsten van een kwalitatief onderzoek meer valide zijn. Om te beginnen moet men kijken naar de objectiviteit en de daarmee gepaard gaande reflexiviteit. Van Wijngaarden et al. (2017) beschrijven in hun artikel drie noties waaraan een fenomenologisch onderzoek moet voldoen vanuit kwaliteits-oogpunt (van Wijngaarden et al., 2017). Als eerste benoemen ze de notie van objectiviteit: de onderzoeker moet zich bewust zijn van zijn of haar eigen visie, de manier hoe hij naar de wereld om zich heen kijkt en ook zijn eigen positie daarin. In kwalitatief onderzoek is immers nooit objectiviteit mogelijk, dus moet de positie van de onderzoekers en hun beeld van de wereld duidelijk zijn voor de lezer van het onderzoek. Vervolgens moet er geprobeerd worden dit beeld zo veel mogelijk los te laten door de onderzoeker door een open houding aan te nemen en te proberen antwoorden niet zelf in te vullen (van Wijngaarden et al., 2017, p 1741). De onderzoeker van dit onderzoek heeft geprobeerd zoveel mogelijk aan “bridling” te doen zoals beschreven. Voor het beeld van de lezer is het belangrijk om te vermelden dat de onderzoeker zelf ook intensivist is, en ook eenzelfde soort ervaringen heeft meegemaakt. Dit is ook waarom er een fenomenologische beschrijving van een walgingervaring en een antipathie-ervaring van de onderzoeker is gemaakt tijdens dit onderzoek. Toch is tijdens het verwerken van de resultaten geprobeerd om ook te kijken naar wat de onderzoeker niet had verwacht om zo te proberen te voorkomen dat er ‘blinde vlekken’ blijven in de resultaten. Ook heeft de onderzoeker tijdens het afnemen van de interviews extra gelet op haar eigen positie, gevoelens en geprobeerd niet de antwoorden van de respondenten in te vullen. Omdat alle respondenten bekende collega’s waren was het afnemen van de interviews aan de ene kant makkelijk omdat er al snel een vertrouwelijke en open sfeer was, iets wat een voordeel is omdat het een taboeonderwerp betreft waarbij men mogelijk minder makkelijk bepaalde antwoorden geeft. Maar aan de andere kant maakte dit het voor de onderzoeker lastiger omdat verschillende situaties net zo waren ervaren door de onderzoeker zelf, waardoor bridling op sommige momenten wel lastig was toe te passen. Het feit dat de onderzoeker en de respondenten elkaars collega’s zijn, zou ook juist een negatief effect kunnen hebben omdat men zich mogelijk juist voor een collega zou kunnen schamen. Voor zover te beoordelen leek hier tijdens de interviews geen expliciete schaamte zichtbaar bij de respondenten maar dit niet worden uitgesloten. De keuze om als intensivist zelf de interviews af te nemen is bewust gemaakt omdat er makkelijker gesproken wordt over taboeonderwerpen als de interviewer ook ervaring heeft met deze situaties. Aan de andere kant maakt deze positie van de onderzoeker wel dat de bridling niet altijd perfect moet zijn geweest en dat er doordat er al een bestaande relatie was tussen de onderzoeker en de respondenten, dit meespeelt in de gegeven antwoorden. Maar zoals al eerder aangegeven zou juist deze bekendheid met de onderzoeker ook het voordeel kunnen hebben gegeven dat de respondenten vrijer over het onderwerp hebben durven vertellen. De tweede notie van van Wijngaarden et al. (2017) behelst de validiteit, dus in hoeverre de uitslag overeenkomt met de vooraf verwachte antwoorden en of de antwoorden consistent zijn. Hierbij wordt aangegeven dat het bij fenomenologisch onderzoek van belang is om de betekenis te proberen te kennen van wat je onderzoekt bij de respondenten voor deze respondenten. Hierbij is in dit onderzoek het aan de ene kant makkelijker omdat de onderzoeker ook intensivist is en dezelfde situaties heeft ervaren en dus ook dichter bij de

respondenten staat dan een buitenstaander als onderzoeker, de keerzijde is dat er mogelijk niet genoeg afstand genomen wordt omdat vanwege dezelfde ervaringen en wereldbeeld een andere visie of inzichten minder goed worden gezien.

De derde notie is die van generaliseerbaarheid, wat in fenomenologisch onderzoek beter beschreven kan worden als overdraagbaarheid. Bij dit onderzoek is geprobeerd een diverse groep respondenten te zoeken met verschillende ervaringen. Uit de interviews en de analyses worden de essenties van deze respondenten geëxtraheerd. Maar omdat het hier een fenomenologische studie betreft is aan deze notie lastig te voldoen, zoals ook aangegeven door van Wijngaarden et al. (2017), maar door de diverse groep respondenten en de overlappende essenties kan men toch aannemen dat er enige mate van overdraagbaarheid is.

Tong et al. (2007) beschrijven een checklist voor kwalitatief onderzoek die ondersteunt bij het valideren en rapporten van de resultaten (Tong et al., 2007).

Het eerste onderwerp van hun checklist is het onderzoeksteam en de reflexiviteiten is hierboven al beschreven.

De tweede onderwerp van de checklist is het studie design, wat in hoofdstuk 3 van dit verslag is beschreven.

En als laatste onderwerp, moet de analyse en de bevindingen duidelijk worden beschreven; dit komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

Het is wel van belang hier nog enkele elementen uit de checklist te benoemen die niet in de hoofdstukken 3 en 5 worden beschreven. Alle interviews werden uitgeschreven door de onderzoeker en zijn ter goedkeuring voorgelegd aan de respondenten. Zij waren allen akkoord met de uitgeschreven data. Hiermee is er een member check uitgevoerd. Er is geprobeerd een gevarieerde groep intensivisten te vragen om zo een divers palet te vormen qua deelnemers. Echter omdat alle intensivisten bekenden van de onderzoeker zijn zou hier wel onbewust een selectie in hebben kunnen plaats gevonden. Hier is enigszins rekening mee gehouden door intensivisten met verschillende geslachten en verschillende leeftijden te benaderen, echter alle respondenten hadden ooit een werkervaring met de onderzoeker wat maakt dat dit een extra selectief aspect zou kunnen hebben.

Tijdens de verschillende interviews werden situaties beschreven die waren ervaren door de meer ervaren intensivisten maar ook bij de onervaren intensivisten lijkt er een duidelijke overeenkomst te zijn in de antwoorden. Dit duidt op data saturatie waarmee er ook meer validiteit aan de data kan worden gegeven. Daar waar dit niet zo is, is dit benoemd bij de resultaten.

De onderzoeker heeft zelf haar ervaringen beschreven in een fenomenologische beschrijving, die ook overeenkomen met de respondenten wat mogelijk verder kan duiden op data saturatie. Een laatste opvallend detail is vermeldenswaardig: aan het eind van het onderzoek, in de schrijffase, hebben andere intensivisten die niet betrokken waren bij het onderzoek, dezelfde geleefde ervaringen spontaan gemeld aan de onderzoeker. Dit gebeurde als het onderwerp van deze scriptie ter sprake kwam, waarmee de notie van data saturatie nog meer waarschijnlijk werd.

5 Inzichten uit empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews over de geleefde ervaringen van de intensivisten besproken en worden enkele voorlopige conclusies getrokken. De resultaten worden besproken aan de hand van thema's die bij de interviews naar voren zijn gekomen. Het eerste thema (5.1) dat wordt besproken is 'professionaliteit nastreven'. Vervolgens wordt het thema 'schrik, verwondering en medelijden' bij het ervaren van walging besproken (5.2). Het daaropvolgende thema gaat over ervaringen van onmacht, frustratie, boosheid en oneerlijkheid bij antipathie (5.3). Vervolgens wordt besproken hoe de intensivisten omgaan met de ervaren situaties (5.4). In paragraaf 5.5 volgen enkele voorlopige conclusies die uit de resultaten van dit onderzoek getrokken kunnen worden.

5.1 Professionaliteit nastreven

Alle respondenten benoemden het streven naar professionaliteit als heel belangrijk element in de ervaringen. Het staat voor allen overduidelijk vast dat de professionaliteit zo goed mogelijk moet worden nagestreefd. Heel concreet hebben de respondenten niet geformuleerd wat ze precies onder professionaliteit verstaan, maar dit kwam wel terug in de antwoorden waarin ze aangaven wat van hen verwacht werd. Heel duidelijk blijkt dat men gevoelens van walging, en antipathie maar ook andere gevoelens zoals schrik, ongelooft en boosheid zo veel mogelijk probeert te verbergen in het bijzijn van de patiënt, zeker als deze bij bewustzijn is.

“Ik dacht, dan moet ik als zorgprofessional echt wel zorgen dat ik nu niet in mijn gezicht laat zien of iets aan mijn reactie laat zien dat ik denk wow.” (Respondent B).

Daarnaast geven respondenten aan zich verantwoordelijk te voelen voor het leveren van goede zorg en dus niet kunnen “weglopen” maar zich professioneel moeten blijven gedragen. De respondenten gaven duidelijk aan dat neutraal reageren een onderdeel is van de professionaliteit die hen (aan)geleerd is. Ze waren zich er erg van bewust dat ze te allen tijde een open en neutrale houding jegens patiënten moesten hebben omdat deze zich altijd welkom moest kunnen voelen met zijn of haar probleem bij een arts. En dit ging te allen tijde voor op wat de arts misschien zelf ervaart.

“...dan verhoog je weer de drempel dat mensen misschien met zo'n probleem naar de dokter gaan. [...] wij moeten uitstralen dat het allemaal heel normaal is. [...] ook om ervoor te blijven zorgen dat iedereen te allen tijde naar de dokter gaat en zich veilig voelt.” (Respondent A)

Bij het nastreven van professionaliteit zit ook het rationele handelen: omdat de intensivisten in kort tijdsbestek soms belangrijke beslissingen moeten nemen, probeert men vanuit alle gegevens, van wat men ziet, hoort, ruikt en met informatie gegeven door patiënt en familie, na te gaan wat de beste keuze is qua behandeling. Dit maakte dat de intensivisten heel snel over hun eigen reactie heen moesten stappen en door moesten met zorg verlenen. Hierdoor was er vaak nauwelijks tijd om stil te staan bij wat ze hadden ervaren op het moment dat ze een reactie hadden van walging op hetgeen wat ze zagen, roken, hoorden en of voelden. De respondenten leken dit niet als een opoffering te zien maar gewoon als een onderdeel van hun professionaliteit. Het opzijzetten van hun eerste reactie was iets wat werd beschouwd als onderdeel van het werk, namelijk voor de patiënt zorgen. De respondenten gaven daarbij aan

dat ze nu eenmaal hun handelingen als intensivist moesten doen en dat de andere gevoelens daarbij opzij worden geschoven om het werk ten uitvoer te kunnen brengen.

“... dit is vies, dit is vervelend, dit stinkt, maar ja, die patiënt moet gewoon schoon anders kan ik geen lijn prikken.” (Respondent A)

5.2 Schrik, verwondering en medelijden naast de ervaring van walging

De respondenten gaven aan dat zij eigenlijk weinig stil stonden bij de walgervaring maar meer dat zij daarbij schrik ervaarden. Op het moment van het aanschouwen van hetgeen wat deze reactie gaf, gaven de respondenten aan vooral schrik als eerste reactie te hebben gehad. Daarnaast ervaarden ze ook vaak walging maar gaven de respondenten aan dat die gevoelens maar heel kort ervaarden konden worden. Omdat er vaak snel gehandeld moest worden, zetten de respondenten hun gevoelens opzij om door te kunnen gaan met hun medisch handelen. Achteraf heeft de arts pas tijd om stil te staan bij de geleefde ervaringen. Hierbij viel op dat er dan meer verwondering op de voorgrond stond, naast de schrik reactie, maar de walging minder. Ze vroegen zich vooral af hoe dit zo ver heeft kunnen komen bij de patiënt. De arts had daarbij vaak ook medelijden met de patiënt, omdat de artsen het vaak heel triest vonden dat de patiënt in deze situatie terecht was gekomen. Ook was er soms een ongeloof, dat iemand of iets zo heeft kunnen ontwikkelen. Eén respondent gaf aan dat de arts de afwijking die de reactie veroorzaakte ook zag als interessegebied, omdat er vanuit de situatie weer informatie kon worden gevonden om te beoordelen hoe men de patiënt zo goed mogelijk kon helpen.

Hier komt dus weer het IC-werk en daarmee de professionele houding van de dokter naar boven: de afwijking geeft mogelijk ook informatie die belangrijk kan zijn, waarmee de arts dus probeert te onderzoeken of observeren wat belangrijk is om te weten om een goede behandeling te geven. De arts stond toen niet stil bij zijn eigen gevoelens maar was bezig met zijn werk. Tijdens het bestuderen van de afwijking ervaarde de respondent geen walging maar was erg verdiept in hoe ernstig de afwijking was en voelde vooral medelijden met de patiënt dat dit hem was overkomen.

De respondenten gaven aan dat ze met de patiënt te doen hadden, dat die helaas in een situatie was beland dat dingen zo zich ver hadden kunnen ontwikkelen dat hun lichaam een walgreactie wist op te roepen. Respondent A beschreef in het volgende citaat wat ze dacht toen ze na een spoedsituatie met de ervaring van walging niet veel later weer rustig kon zitten en terugdenken:

“Ongeloof, hoe heeft het zover kunnen komen? En bij overgewicht in het specifieke geval, dan is het ook, machteloosheid is een groot woord. Of wanhoop? Dat is te groots, maar wel dat het schrikken is.” (Respondent A)

Ook gaven de respondenten aan dat veel vieze en gruwelijke beelden op den duur lijken te wennen. Een respondent vroeg zich af of dit gewenning of afstomping was. Deze respondent verklaarde dat hij dacht dat de walging (met ook de schrik reactie) vooral door de onwetendheid en verrassing kwam. Door meer ervaring herkende de arts de situaties, wist beter waar hij op moest letten en wat te doen, waardoor de walg- en schrikreacties wegbleven. Het is daardoor onderdeel van het werk geworden en geen verrassing meer en dus mogelijk

eerder gewenning. De respondenten verweten nooit de patiënt dat ze een walgingsreactie ervaarden, dat legden ze meer bij zichzelf.

Bij de meer onervaren respondenten kwam juist naar voren dat de artsen nog wel erg konden schrikken van wat ze zagen. De artsen waren zich dan ook bewust van de mogelijke invloed op hun professioneel handelen. Het leek dat de onervaren artsen zich soms schaamden voor deze reacties.

“...wat zouden mensen hier nou van vinden als ze dit horen, dat ik hiervan schrik, want als arts hoor je niet schrikken...” (Respondent B)

De respondent gaf ook aan deze de heftige ervaring van walging en schrik niet goed durfde te delen. De respondent voelde daar een belemmering aangezien hij nog specialist in opleiding was. Dit maakte dat hij bang was dat dit als onprofessioneel gedrag zou worden beschouwd en daardoor een slechte beoordeling zou kunnen krijgen. Het niet kunnen delen, of voelen dat het niet gedeeld kon worden, maakte dat er eenzaamheid werd ervaren; de arts bleef alleen met de twijfels en onzekerheid zitten.

“Misschien dat ik toch dacht van oh, straks vinden die [superviserende intensivisten] mij niet professioneel [...] misschien dat dat wel ook wel een beetje meespeelde.” (Respondent B)

Er bleek dus naast de ervaring van walging als eerste ook een schrik reactie te zijn op de eigen ervaring. Bij een walging opwekkende situatie beschreven de respondenten als eerste een schrikreactie, die samenkwam met de walging. De respondenten gaven aan dat ze dan hun gevoelens opzijzetten om de patiënt te helpen. Naderhand, als de artsen weer de rust en tijd hadden om terug te kunnen denken aan de situatie, waren ze verwonderd over hoe dit zo heeft kunnen ontstaan en kregen ze medelijden met de patiënt die in deze walging opwekkende situatie terecht is gekomen. Ook het delen van een walgende ervaring lijkt te helpen in de verwerking om hier professioneel mee te kunnen omgaan, en het niet kunnen delen geeft twijfels onzekerheid en eenzaamheid.

5.3 Onmacht, frustratie, boosheid en oneerlijkheid bij antipathie

Als de respondenten antipathie ervaarden, bleek dit vooral door de familie van een patiënt te worden opgewekt. De patiënten zelf op de IC zijn meestal zo ziek dat, als zij nog wat kunnen doen of zeggen, de artsen het hen meestal niet kwalijk nemen als dit als vervelend wordt ervaren. Het ziekzijn is immers vaak zeer waarschijnlijk een medeoorzaak van het gedrag. Soms wist de patiënt echter zelf door zijn gedrag en houding antipathiegevoelens op te wekken bij artsen, meestal als de patiënt nog niet zo ziek was waardoor de patiënt meer verantwoordelijk gehouden werd voor zijn gedrag.

Alle respondenten gaven aan veel antipathie gevoelens te hebben ervaren tijdens de COVID-pandemie. Het gedrag van de antipathie opwekkende patiënten en/of families maakte dat dit veel aandacht en tijd in beslag nam van de artsen en daardoor er vaak te weinig tijd voor het overige werk op de hele afdeling was.

Zo vroegen familieleden veelvuldig om persoonlijke gesprekken met artsen terwijl het zorgpersoneel daar geen reden voor zag, meestal was een kort bijpraten per dienst van de verpleegkundige niet voldoende. Als er gesprekken plaatsvonden dan verliepen ze regelmatig

moeizaam en namen ze volgens respondenten disproportioneel veel tijd in beslag, met name onder zogenaamde ‘COVID-ontkennende’ families, die geen vertrouwen hadden in de diagnoses en behandelingen van de respondenten. De diagnose COVID werd dan simpelweg niet geloofd of geaccepteerd, met als gevolg grote ontevredenheid onder familieleden over de zorg:

"...die zoon die dan belt om te zeggen dat wij de patiënt steeds zieker maken en dat het ook onzin is dat [de patiënt] COVID heeft..." (Respondent D)

De arts kwam hierdoor vaak in tijdnood omdat er ook andere patiënten op de IC waren en de intensivist ook andere taken had die zijn of haar aandacht nodig hadden, en zeker tijdens de COVID-periode waarin relatief weinig tijd was omdat er veel meer patiënten waren dan normaal.

"Je hebt families die vragen zoveel aandacht, die bijvoorbeeld dagelijks een gesprek eisen van een uur plus alle andere dingen die erbij komen, klachtenprocedures of iets dergelijks, dat je dus niet toekomt aan de zorg voor de andere patiënten." (Respondent A)

Families en patiënten gaven, zeker tijdens de COVID-periode, ook regelmatig commentaar op de zorg die geleverd werd op de afdeling en hielden zich niet aan afspraken. Ze bemoeiden zich soms met de verpleegkundige zorg, waardoor verpleegkundigen niet meer goed hun werk konden doen en soms zelfs gevaar liepen. Bijvoorbeeld wanneer patiënten en families, die niet geloofden in het ziektebeeld, COVID-testen weigerden en zich al helemaal niet aan de landelijke isolatie-regels wilden houden. Doordat de families dan toch bleven komen terwijl ze volgens de landelijke regels thuis in isolatie dienden te zitten, en zelfs weigerden mondkapjes te dragen, brachten ze daarmee het zorgpersoneel en andere patiënten en families in gevaar. Deze families accepteerden ook uitleg van de artsen en de behandelingen niet. Zeker bij een slechte uitkomst van de IC-behandeling kreeg het zorgpersoneel de schuld van de families. Dit ging dan ook vaak gepaard met veel boosheid, agressie, beschuldigingen en soms zelfs bedreigingen naar het zorgpersoneel. Hierdoor voelde het zorgpersoneel zich soms onveilig door het gedrag van de patiënten en of familie.

"...dit was echt gewoon een hele vervelende nare man. Die alle energie wegzoog bij de verpleging, die ook gewoon echt onvriendelijk was, ze onheus bejegende. Echt gewoon zelfs onbeschoft was. Hij had ze echt daar het leven zuur gemaakt [...] uiteindelijk zelfs nog bedreigingen uiten naar de verpleging" (Respondent C)

Een ander gevoel dat veel naar voren kwam naast de antipathie onder respondenten was dat van onmacht. De artsen zagen hoe de familie (of patiënt) tekeering, en voelde zich onmachtig om de familie goed te kunnen begeleiden. De artsen probeerden in hun ogen het beste voor de patiënt te doen maar kregen dat niet aan de familie uitgelegd, vaak omdat deze andere ideeën hadden over wat goed was en daarom niet leken te willen luisteren. Ook gaven de respondenten aan dat zij zich niet gezien voelden in wat ze vaak allemaal al extra deden voor deze patiënt en de familie om ze toch tegemoet te komen, wat ook bijdroeg aan het gevoel van onmacht. Bijvoorbeeld de extra familiegesprekken die ten koste gingen van gesprekken met andere families.

"En als je dan ook nog aangeklaagd wordt [met een klachtenprocedure] omdat je te weinig informatie hebt gegeven en te weinig tijd hebt besteed. Terwijl je juist het omgekeerde hebt gedaan. Dan voelt dat zo oneerlijk en machteloos." (Respondent A)

Als arts konden de respondenten alleen de familie begeleiden in het proces waarin de patiënt ernstig ziek was, en dat wilden de artsen ook graag doen. Ze ervoeren het als onrechtvaardig als families eisen konden stellen en klachten in konden dienen, terwijl ze zelf zich netjes professioneel moesten blijven opstellen. Dat gaf bij de respondenten naast gevoelens van onmacht en oneerlijkheid veel frustratie en boosheid.

“Ik vind zo ’n iemand heel onredelijk en dat vind ik heel vervelend. [...] het gaat om de patiënt en dat houd ik me dan wel voor ogen.” (Respondent D)

“...als iemand ergens niet mee eens is, dan krijg je een klacht aan je broek. Maar wij moeten alles maar pikken van [...] patiënten [en familie].” (Respondent B)

5.4 Wat zijn de gevolgen bij deze ervaringen?

Als patiënten of familie antipathie opwekten bij de respondenten dan probeerden de artsen eerst gewoon de zorg te geven die ze altijd doen en zelfs meer, door extra gesprekken te voeren. Maar als situaties onhoudbaar werden, gingen de artsen over op acties om de families te beperken in hun gedrag, zeker als dat belastend werd voor de afdeling en andere patiënten.

In het begin namen de artsen meer afstand waarbij ze de zorgrelatie zo professioneel en kort mogelijk probeerden te houden. Hierbij hielden ze zich erg vast aan het feit dat ze professioneel moesten zijn als arts.

“... uiteindelijk verdient deze man dezelfde zorg als ieder ander. Maar hij krijgt niet het extra aaitje over zijn bol [...] van me. Nee dat lukt me dan niet...Dus dan kan hij alleen maar rekenen op een wat koele houding, zeg maar...Maar dat is dan ook wel het maximale wat je, denk ik, ook mag of kan doen.” (Respondent C)

Het was vaak de familie (maar ook soms patiënten) die in discussie wilde gaan over allerlei zaken die er wat de arts betreft niet toe deden en niet bijdroegen aan de zorg. Alle respondenten gaven aan dat deze situaties enorm veel energie vroegen en vaak niet tot een betere zorg leidden.

Het voelen van de noodzaak van professionaliteit hielp de artsen hun eigen reacties onder controle te houden, men hield het kort en zakelijk en hield zoveel mogelijk afstand. Meerdere respondenten gaven aan dat ze geen extra energie in deze mensen wilden steken. Daar stond tegenover dat ze hun eigen beleid vervolgens extra controleerden of ze bijvoorbeeld de patiënt niet uit eigen gemak de hele nacht lieten slapen maar dat ze zeker wisten dat er echt een medische reden was voor het langer in slaap houden.

“...ik dacht, we moeten even goed redeneren of dit nou medisch is, of dat ik dit nu doe omdat ik niet wil dat hij wakker wordt. Maar toen heb ik echt bewust bij mezelf nagedacht. Nee, Dat is echt terecht dat die man gesedeerd wordt en vannacht niet gaat praten. En dat is niet omdat ik dat niet wil...” (Respondent B)

Een andere manier hoe de respondenten omgingen met deze situatie is door de patiënt en de familie te vermijden. Dit creëerde wel het probleem dat de artsen bang waren voor onder-

behandeling van de patiënt zelf. Immers men liep minder langs de patiënt en vermeed misschien wel de kamer van de patiënt, zeker als de familie aanwezig was. Dit deden de artsen omdat als ze de kamer naderden daar dan vaak een familielid zat te wachten en die meteen alle aandacht opeiste van de arts waardoor deze nauwelijks meer aan andere zorgtaken toekwam.

“... daardoor die patiënt eigenlijk onderbehandeld wordt. [...] wat ook vaak gebeurt, is dat de hele afdeling onderbehandeld wordt. Omdat je namelijk alle tijd kwijt bent aan die familie. [...] Maar het heeft ook invloed op de andere patiënten van de afdeling: die worden gewoon onderbehandeld, want daar is te weinig aandacht voor en dat geeft weer een schuldgevoel.”
(Respondent A)

Een familie die antipathie opwekte door hun gedrag werd meestal als zodanig door al het personeel op de afdeling ervaren, en niet alleen door de artsen. Het waren wel de intensivisten die de communicatie onderhielden met de familie en die het gedrag dat problemen gaf op de afdeling, bespreekbaar moesten maken. De respondenten gaven aan dat ze dit dan ook deden. Bij de arts met minder ervaring vroeg een respondent zich nog af in hoeverre de patiënt iets verplicht kon worden (zoals een verplichte COVID test). De meest ervaren respondent gaf juist aan hier zeer resoluut in te handelen als de gedragingen van familie in de ogen van de respondent de zorg voor de patiënten in gevaar bracht.

“En toen heb ik de beveiliging gebeld, en gezegd: “daar zit een mevrouw te zitten. [Daarvan] wil ik gewoon dat die nu de deur uit gaat... Want er is geen bezoeker en de verpleging wordt hier horendol van. Er is onrust op afdeling en dat wil ik niet. De kwaliteit van de rest van de zorg lijdt eronder, dus die mevrouw gaat nu de deur uit. En als zij het niet doet, dan bel ik de politie wegens huisvredebreuk.”” (Respondent D)

Omdat de antipathie ervaring vaak door al het zorgpersoneel gevoeld werd, gaf een respondent aan dat in zulke gevallen een laagdrempelig moreel beraad werd gehouden met de afdeling in dat ziekenhuis. Tijdens het moreel beraad keek men hoe de hele afdeling het beste met de situatie om kon gaan. De respondent gaf aan dat er vaak een hoop onmacht, frustratie en boosheid naar bovenkwam bij het zorgpersoneel omdat werd ervaren dat door het gedrag van een familie, de zorg voor bijna de hele afdeling in het geding kwam. Het doel van het moreel beraad was enerzijds samen een structuur te vinden waarbinnen het beste met de familie omgegaan kon worden en voor alle patiënten op de afdeling goede zorg geleverd kon worden. Anderzijds was het doel om ruimte te geven voor het uiten van alle emoties die het zorgpersoneel ervaarde bij de situatie.

Naast het afstand houden door zakelijk professioneel te zijn, de familie aanspreken op hun gedrag om zo meer controle te krijgen, en moreel beraad te houden, vertelden de respondenten dat ze deze situaties ook veel onderling bespreken. Soms met behulp van een moreel beraad, maar meestal onderling met het team op de afdeling. Het team ging hierdoor meer samenwerken. Dit werd als onderdeel van de professionaliteit gezien. Individueel bespraken artsen met elkaar als ze persoonlijk heftige emoties ervaren hadden.

“Ik denk dat het belangrijkste is dat [...] die reacties er mogen zijn en dat je het daar ook gewoon met elkaar over kan hebben” (Respondent A)

Wat ook naar voren kwam uit situaties met familie die antipathie opriepen is dat de artsen de verpleegkundigen of het team op de IC moesten proberen te beschermen. Dit deden ze met behulp van moreel beraad of strikte regels voor familie, maar ook door familie weg te sturen

of duidelijk te maken dat ze te ver waren gegaan. De intensivist was degene die dit met de familie besprak, oftewel de intensivist nam hierin de leiding uit taakbesef en nam zo de verantwoordelijkheid voor het team, de afdeling en alle patiënten. Dit zagen de artsen als onderdeel van hun professionaliteit maar ze gaven aan dat dit niet altijd makkelijk was.

“Dus dan praat je daar heel erg over (met elkaar) en dan probeer je het meer praktisch te regelen dat je dan zorgt dat je dus niet tegen elkaar uitgespeeld wordt. [...] En uiteindelijk wil je het ook wel met die mensen bespreken en vaak zijn wij dan, als intensivist, degene die dat moeten bespreken met die familie, maar dat is heel erg moeilijk werk. “(Respondent A)

Bij situaties zoals hierboven beschreven, valt op dat de respondenten altijd met het team gingen samenwerken. Dit werd mede als onderdeel van de professionaliteit gezien. Individueel bespraken artsen met elkaar de ervaren persoonlijke heftige emoties. Op het moment zelf was daar zelden ruimte voor, dus werd dat achteraf onderling of met het verpleegkundig team besproken. De respondenten met meer ervaring leken makkelijker hun gevoelens te kunnen bespreken, ook met het verpleegkundig team. Echt uitgebreid werden gevoelens niet besproken, maar doordat de arts voor het verpleegkundig team op moest komen kwamen gevoelens wel ter sprake. Wat hierbij mogelijk meewerkte is dat ze samen de ervaring deelden en samen die bewuste familie en die gevoelens van antipathie hadden ervaren.

5.5 Conclusies uit het empirische onderzoek

Er wordt door alle respondenten aangegeven dat zij hun uiterste best doen om het gangbaar idee van medische professionaliteit na te streven. Deze zou het onderdrukken van emoties veronderstellen, terwijl artsen aangeven wel degelijk een palet aan emoties te voelen. Regelmatig ervaren zij hier weinig ruimte en tijd voor tijdens het zorgen voor patiënten. Achteraf of tussendoor komen deze gevoelens en geleefde ervaringen wel naar boven. Deze bestaan bij afschrikwekkende situaties eerder uit schrik naast de ervaring van walging, en daarna ook verwondering en medelijden. De walging uitend wordt als niet professioneel gezien en wordt onderdrukt evenals reacties van schrik, zeker in de aanwezigheid van de wakkere patiënt en familie. De ervaringen worden vaak gedeeld met collega's of het team, waarbij het samen ervaringen delen als belangrijk en behulpzaam wordt ervaren. Daar tegenover staat dat als men het niet kan delen, door schaamte of niet het gevoel heeft dat er ruimte voor is, men zich juist eenzaam of alleen voelt met de ervaringen; dit komt vooral bij minder ervaren respondenten voor. Na het delen van de ervaring is het nare gevoel weg en staat de professionaliteit weer op de voorgrond.

De ervaren walging vonden de respondenten meestal geen groot probleem. Walging werd als een persoonlijke reactie beschouwd die eventueel werd besproken en daarna konden de respondenten er wel mee overweg. Vaak werd deze emotie in de loop van de tijd minder heftig, aldus de ervaren respondenten.

Als er antipathie werd ervaren bij patiënten en familie, ging dit gepaard met de emoties van onmacht, frustratie, boosheid en oneerlijkheid. Dit gebeurde vooral als families zoveel tijd en aandacht opeisten, of zich niet aan regels hielden, waardoor de zorg voor de andere patiënten in gevaar kwam. Als reactie op deze situaties probeerden de respondenten afstand te houden of zelfs de familie te vermijden, zich zo professioneel-afstandelijk mogelijk op te stellen en duidelijke grenzen aan te geven bij de familie. Daarnaast hielden ze soms een moreel beraad en bespraken ze onderling met elkaar waarbij ze hun ervaringen deelden maar ook afspraken

maakten om goede zorg te kunnen blijven leveren aan de hele afdeling. De respondenten bleven zich verantwoordelijk voelen voor de hele afdeling en namen alle andere patiënten en de verpleging in bescherming als de situatie gevaarlijk werd.

6 Discussie

In dit hoofdstuk wordt er kritisch gereflecteerd op de resultaten van het empirisch onderzoek aan de hand van wetenschappelijk relevante inzichten, om zo uiteindelijk tot een antwoord op de hoofdvraag te komen. De hoofdvraag van dit onderzoek was hoe intensivisten op de werkvloer omgaan met gevoelens van walging en antipathie jegens een patiënt of een familie van een patiënt, en hoe de artsen met deze gevoelens toch goede zorg proberen te geven.

6.1 Walging lijkt ondergeschikt aan zorgverlening

In hoofdstuk 2 is uitgebreid ingegaan op de ervaring van walging die een IC-arts zou kunnen opdoen tijdens zijn werk. Hier werd beredeneerd dat de lichamelijke reactie die gepaard gaat met de ervaring van walging een bepaalde handelingsverlegenheid zou kunnen opleveren voor de arts, omdat het tonen van een dergelijke emotie als niet-professioneel wordt gezien.

Een van de meest opvallende zaken die naar voren komt uit de fenomenologische analyse is het gegeven dat de ervaren emotie van walging de respondenten juist weinig lijkt te doen. Het taboe op het kunnen bespreken van walging en de daarmee gepaard gaande lichamelijke reacties, lijkt veel minder pregnant dan in de artikelen van Kaiser et al. (2019) en Vollaire (2011) naar voren komt (Kaiser et al., 2019; Vollaire, 2011). De respondenten in dit onderzoek ervaren hun geestelijke en lichamelijke reactie op iets fysieks van de patiënt, waar ze zich naast de walging ook verrast door voelen, maar het stoort hen niet dermate dat het hun handelingsvermogen beperkt. Voor de respondenten lijkt de urgente toestand van de patiënt, en het daarmee tot snel medisch handelen moeten overgaan, meer op de voorgrond te staan dan hun eigen ervaren reacties van walging en schrik. Negatieve gevoelens die respondenten ervaren worden onderdrukt; niet omdat ze als een taboe worden ervaren maar omdat langdurig stilstaan bij deze gevoelens het acute handelen dat vaak nodig is in de weg staat. De respondenten vinden van zichzelf dat ze een neutrale houding behoren aan te nemen, maar geven aan hier geen grote moeite mee te hebben. Voor zover er sprake is van walging, ervaren respondenten nadien vooral een gevoel van medelijden ten aanzien van de patiënt dat die in deze toestand terecht is gekomen.

Uit de theoretische analyse kwam verder naar voren dat emoties als mededogen of compassie negatieve emoties zoals walging zouden kunnen neutraliseren of juist doen motiveren zorgwerk te blijven doen (Nussbaum, 2014; pp 300-1; Pulcini, 2017).

Deze emotie van mededogen of de compassie zou het medelijden kunnen zijn die de respondenten beschrijven als ze een patiënt behandelen die walging oproept.

Maar het medelijden dat de respondenten ervaren lijkt niet expliciet tot meer toewijding of neutralisatie van de walging te leiden. De verantwoordelijkheid die de artsen ervaren om acuut te moeten handelen omdat de patiënt direct acute zorg nodig heeft, lijkt meer op de voorgrond te staan bij de respondenten. Daarnaast lijken de respondenten eerst walging te ervaren en geven aan later, als ze rustig kunnen terugdenken, dat ze medelijden ervaren met de patiënt.

Het lijkt erop dat de emotie walging, vaak gepaard gaande met schrik, voorgaat op, of naast medelijden komt. Als dit medelijden kan worden gezien als het mededogen welke Nussbaum benoemd, lijkt de tegenwerking geen duidelijk primair neutraliserend effect te hebben.

Vollaire beschrijft dat walging altijd gepaard gaat met een schrikmoment, en dat komt ook terug uit de interviews (Vollaire, 2011). Mogelijk dat het vertraagd opkomende medelijden of mededogen de artsen wel zou kunnen helpen bij verdere zorgverlening aan de patiënt nadat de

acute situatie voorbij is. Doordat het medelijden of mededogen neutraliserend zou kunnen werken tegen de walgervaring waardoor die misschien minder naar voren komt bij het langduriger geven van zorg voor deze patiënt. Concluderend laat dit onderzoek zien dat de emotie mededogen of medelijden geen duidelijke directe invloed lijkt te hebben op het neutraliseren van de eerste emotie van walging bij deze respondenten, maar misschien wel een vertraagd effect heeft in de verdere interactie met de patiënt. Het schrikeffect lijkt juist wel een rol te spelen in de directe reactie bij de ervaren walging.

6.2 Professionaliteit en zelfopoffering

Professionaliteit is een zeer belangrijk uitgangspunt bij het handelen van de respondenten. Zij zijn erg bezig met het hooghouden van hun professionaliteit, die zich uit in de houding die zij aannemen en het handelen wat zij verrichten. Heel concreet hebben de respondenten zich niet uitgelaten over wat deze professionaliteit voor hun inhoudt of wat zij daar precies onder verstaan, maar zij voelen allen zich wel zeer verantwoordelijk voor het uitdragen hiervan. Zij proberen zich te allen tijde aan vast te houden aan deze houding, zeker in moeilijke situaties. Onervaren artsen zijn duidelijk bezig met het expliciet uitdragen van professionaliteit, en geven aan daarbij soms onzekerheid te ervaren over hoe zo professioneel mogelijk te handelen. Bij meer ervaren artsen is het meer een zich eigengemaakte handelswijze dan een aangenomen rol en zit de professionaliteit in hun handelen verwerkt; zij ervaren dit als een natuurlijke manier van reageren. Wat hierbij niet duidelijk wordt is wat professionaliteit precies inhoudt, en tijdens de interviews is niet naar voren gekomen hoe artsen zich bekwamen in professionaliteit. In de interviews kwamen de drie visies op professionaliteit, zoals gesteld door Dijken et al. (2021) wel naar voren. Achteraf bezien zou het interessant zijn geweest om hier nog verder op door te vragen hoe zij hiernaar kijken, behoudens dat een respondent zelf spontaan in het interview hierop reflecteerde. Professionaliteit lijkt dus voor de respondenten een belangrijke houding om zich ook aan vast te houden op momenten van onzekerheid of bij verrassing of overweldiging. Maar wat deze houding precies behelst is niet duidelijk. Wat wel lijkt mee te spelen bij de artsen is dat zij zich erg verantwoordelijk voelen om goede zorg te leveren aan de patiënt, mogelijk dat deze verantwoordelijkheid daar een element is wat maakt dat artsen zoveel met professionaliteit bezig zijn. Mogelijk doordat er geen precieze definitie of omschrijving is, dat maakt dat jonge artsen er ook meer bewuster mee bezig zijn, omdat je gaandeweg moeten leren wat dat inhoudt en omdat er de sterke wens is het goed te doen omdat ze zich verantwoordelijk voelen om zo professioneel mogelijk te zijn. Uit de interviews lijken de respondenten meer een soort verantwoordelijkheidsgevoel te hebben dat ze het juiste gedrag vertonen en de juiste handelingen en keuzes maken, maar vreemd genoeg is dit verantwoordelijkheidsgevoel niet een element wat bij de literatuur analyse naar voren is gekomen. Daar wordt professionaliteit meer als handeling, attitude of identiteitsvorming beschreven. Mogelijk dat het element verantwoordelijkheid iets is wat de arts eerst moet hebben, voor hij zich gaat bekommeren om zijn professionaliteit.

In een onderzoek naar de emotionele ontwikkeling van geneeskunde studenten wordt door arts Helmich en haar team, gesteld dat het leren omgaan met je emoties een belangrijk deel is van professioneel gedrag (Helmich et al, 2014). Echter ook zij geeft aan dat er geen duidelijk omschreven definitie is van wat professionaliteit is, maar dat emotie regulatie daar wel een belangrijk deel van uit maakt. En deze regulatie van emoties ontwikkelen de artsen in opleiding tijdens hun stages waar ze hun eerste confrontaties hebben met patiënten en de zorg in de kliniek. Deze ervaringen vormen de studenten hopelijk tot professionele zorgprofessionals aan het einde van hun opleiding.

De artsen (en ander zorgprofessionals) moeten zelf een weg vinden hoe met deze situaties om te gaan. Dit gaat niet altijd makkelijk blijkt uit de beschrijvingen van artsen die het hier lastig mee hadden (Janssen et al., 2015; Maassen & Fledderus, 2012; Helmich et al., 2014) Door de grote hang naar professioneel handelen, zou het kunnen betekenen dat artsen soms meer over eigen gevoelens en grenzen heen moeten stappen om professioneel hun werk te kunnen blijven uitvoeren. Er heerst nu eenmaal de visie dat emoties niet getoond mogen worden bij de patiënt, en zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2 wringt dat als artsen wel emoties ervaren die niet eenvoudig zijn te onderdrukken.

Het onderdrukken van de eigen emoties als onderdeel van professioneel handelen zou ook gezien kunnen worden als een opoffering van de arts voor zijn beroep. Dit geeft het idee dat er een scheiding is tussen de zorg-professional en de persoon die de arts is. Het is de zorg-professional die de emoties niet mag tonen of onder controle moet houden, maar het is de persoon zelf die de emoties wel ervaart

Opoffering in de zorg is een veel besproken onderwerp binnen zorgethiek. Zorgethica Tronto geeft aan dat opoffering in de zorg vaak voor komt. Zij beschrijft in *Moral Boundaries* (1993) vier fasen van zorg, te weten: zorgen om, zorg voor, zorg verlenen en zorg ontvangen. Deze vier fasen van zorg moeten allen aanwezig zijn voor het kunnen hebben of geven van goede zorg. Zorg creëert altijd morele dilemma's. Zorg heeft namelijk een oneindige vraag terwijl zorg niet in overvloed aanwezig is. Hierdoor moeten er keuzes gemaakt worden. Dit brengt dilemma's met zich mee, met name in hoe zorg verdeeld wordt (wie zorg geeft en wie zorg ontvangt) en hoe deze keuzes gemaakt worden.

Er is vaak een discrepantie aanwezig tussen zorg verlenen en zorg ontvangen. Als de vraag naar zorg groter is dan wat een zorgverlener kan geven, kan deze verward raken in wat Tronto beschrijft als de grootheid van zorg geven (het probleem van moral motivation). Zorgverleners kunnen als gevolg van deze grootheid moeite hebben om het zorgproces te scheiden van hun persoonlijke behoefte met de behoefte van de zorgontvanger. Hierdoor kan de zorg onaangepast zijn op de zorgontvanger waardoor de zorg verstikkend, onjuist of te veel is of er juist onvoldoende zorg gegeven wordt. Een gevolg is dat zorg morele problemen geeft waarbij opoffering, boosheid maar ook de mate van dankbaarheid een grote rol spelen in het proces van zorg geven en ontvangen (Tronto, 1993; p143). Het proces van zorg geeft op dat moment te weinig ruimte tussen de zorgverlener en zorgontvanger, waardoor de zorgverlener moeite kan hebben om aan zijn eigen persoonlijke behoeftes toe te komen en opofferingen maakt ten behoeve van de zorgontvanger. Het resultaat is dat de zorgverlener boos kan worden vanwege zijn eigen onvervulde behoeftes. Als de zorgverlener dit niet herkent kan de woede op de zorgvrager gericht worden. Dit kan uiteindelijk de zorg ondermijnen en minachting oproepen naar andere zorgverleners als de zorgverlener zelf vastloopt in het zorgproces. Dit proces kan de zorgverlening ondermijnen en ook gericht worden op andere zorgvragers. De uitweg is om uiteraard meer ruimte vrij te maken voor de persoonlijke behoefte van de zorgverlener. Als daar geen mogelijkheden voor zijn, zou volgens Tronto als politieke uitweg voor de zorgverleners een staking kunnen zijn, vooral als zorgverleners verder weinig macht hebben om hun persoonlijke behoeften aan te kunnen geven in het systeem van zorg. Tronto geeft aan dat binnen haar theorie ook naar dit aspect van zorg gekeken kan worden en gezocht kan worden naar oplossingen. Belangrijk is dat de context en het persoonlijke aspect moeten worden meegenomen in de afwegingen om tot oplossingen te komen, er is niet een universele oplossing voor het probleem van zelfopoffering. Ook een universele theorie zou dit ook niet goed kunnen signaleren, wat maakt dat deze problematiek meer gezien wordt in een normatieve theorie van zorgethiek.

Terugkijkend op de situatie van de respondenten binnen dit onderzoek komt de problematiek van zelfopoffering duidelijk naar voren: zeker tijdens de COVID-pandemie werd er veel van de zorgverleners en dus ook de intensivisten gevraagd, waarbij er minder ruimte was om toe te komen aan de persoonlijke behoeftes van de zorgverleners. Daarmee is de boosheid van de respondenten op de patiënten en de families goed te plaatsen. Een directe oplossing is daarmee niet gevonden, maar het dilemma is wel signaleerd.

Zorgethica van Nistelrooy gaat in haar artikel ‘Self-sacrifice and self-affirmation within caregiving’ verder in op zelfopoffering in een zorgrelatie, onder andere aan de hand van de theorieën van Ricoeur en van der Heijst (van Nistelrooy, 2014). Ze concludeert dat zorgen een manier is om uitdrukking te geven aan het gevoel van bij elkaar horen, ondanks het risico op ongelijkheid, marginalisatie en onderdrukking of devalueren van iemands leven (van Nistelrooy, 2014, p. 528). Het offer dat een zorgverlener maakt moet dan niet gezien worden als een waardevermindering of zelfs vernietiging van het leven van de zorgverlener, doordat de zorgverlener het leven van de zorg-ontvanger boven dat van zichzelf plaatst. De opoffering moet volgens van Nistelrooy gezien worden als een middenpositie die staat voor het idee van een goed samenleven. Daarbij plaatst ze de zelfverwaarlozing van ieders eigenwaarde aan de ene kant van de balans, tegenover het idee dat er geen offer gebracht mag worden voor een ander aan de andere kant. Daarmee stelt ze dat opoffering dubbelzinnig is, men wil het liever niet maar soms is het beter voor het grotere doel van verbondenheid (van Nistelrooy, 2014).

Vanuit dit inzicht terugkijkend op professionaliteit bij artsen kan gesteld worden dat artsen een balans moeten vinden binnen wat van hun verwacht mag worden als zorg-professional versus het onderdrukken van emoties en opoffering. Hiermee kunnen zij een balans vinden tussen persoonlijke opoffering en verbondenheid met de patiënt of patiëntenzorg in het algemeen. Hier speelt ook mee de ervaring en het gemak waarmee een arts heeft leren omgaan met het reguleren van zijn emoties. En mogelijk dat een verantwoordelijkheidsgevoel hier ook een rol speelt: immers hoe meer je je verantwoordelijk voelt, hoe meer offers er mogelijk gemaakt zullen worden.

Mogelijk dat de mate van zelfopoffering die de artsen in de beschreven werksituaties opbrachten niet meer in evenwicht was met hun persoonlijke situaties. De opoffering was in de periode van de COVID-pandemie al groter dan normaal, er werd immers verwacht dat al het zorgpersoneel meer en harder werkte om alle COVID-patiënten op de IC te kunnen opvangen. Toen waren juist de patiënten met COVID, zeker na de eerste vaccinatieronde tegen COVID, steeds vaker degenen die niet in het ziektebeeld geloofden en grote weerstand tegen de artsen en ander zorgpersoneel lieten zien. De opoffering die al werd gevraagd door de samenleving, om iedereen die IC-zorg nodig had te helpen, maakte dat de extra opoffering van eigen emoties onderdrukken bij antipathieopwekkende patiënten en families, mogelijk als wel erg veel opoffering werd ervaren.

6.3 Antipathie en de arts-patiënt relatie met de familie

Met het beschreven beeld over zelfopoffering kan ook gekeken worden naar de antipathie en de arts-patiënt relatie.

Waar walging opgewekt wordt door een afwijking die de patiënt heeft en niet door de patiënt als persoon, is de antipathie gericht op de persoon (de patiënt of familie). Dit gegeven draagt er wellicht aan bij dat de respondenten hier zo veel meer mee worstelen. In deze situaties spelen meerdere elementen een rol. Alle respondenten benoemen dat het vaak de families zijn

die antipathie opwekken. Hierbij is de verhouding van de zorgrelatie anders dan bij een patiëntrelatie met de daarbij behorende zorgverantwoordelijkheden.

Er is veel wetenschappelijk onderzoek terug te vinden over de arts-patiënt relatie, waarbij de huidige trend is dat, om van goede zorg te spreken, alle communicatie minimaal patiënt-gecentreerd moet zijn. Van oudsher was de zorg paternalistisch waarbij de arts bepaalde wat goed was voor de patiënt (Kaba & Sooriakumaran, 2007). De arts-patiënt relatie is vooral veel beschreven als het gaat om huisartsen en artsen die direct contact hebben met de patiënten zelf. Op de IC is de situatie anders, omdat de patiënt meestal te ziek is voor direct contact: de familie treedt dan meestal op als wettelijke vertegenwoordiger. In de Amerikaanse context is deze situatie vaak beschreven, waarbij het gebruik van ethische commissies of communicatie teams op de Intensive Care wordt ingezet als de behandelend artsen vastlopen in de communicatie met de familie over wat goed is voor de patiënt (Fiester, 2022). De Amerikaanse situatie is echter niet te vergelijken met de Nederlandse positie van de arts en de patiënt met zijn familie. Waar in Amerika de patiënt en zijn familie te alle tijden mogen beslissen, heeft in Nederland de arts het recht om een medisch zinloze behandeling te stoppen ook al is de familie het daar niet mee eens (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, 2020). Dit maakt de positie van de arts sterker: hij moet te allen tijde voor ogen hebben wat het beste is voor de patiënt. De arts mag, indien hij daar gegronde redenen voor heeft, tegen de wens van de familie ingaan als hij kan aantonen dat het tegen de wens van de patiënt in is of als de behandeling infaust of medisch zinloos is. Dat maakt dat de positie van de arts ten opzichte van de familie op de IC in Nederland specifiek anders is dan andere internationale contexten, die vaak wel de basis vormen voor wetenschappelijk onderzoek over dit thema. In Nederland kijkt de arts dus meer naar de situatie van de patiënt zelf en hoeft er niet enkel naar de familie geluisterd te worden, al blijft de familie wel zeer belangrijk in het zorgproces van de patiënt.

Bij een familie die antipathie opwekt, geven de meeste respondenten aan dat zij dit als moeilijk ervaren in tegenstelling tot de ervaring van walging. Mogelijk dat de dubbele rol van de familie, vertegenwoordiger van de patiënt én familielid, hieraan bijdraagt. Doordat de familie de patiënt vertegenwoordigt moet de arts naar de familie luisteren. Maar aan de andere kant moet de arts te allen tijde de patiënt zelf vooropstellen en zich afvragen wat goed is voor de patiënt, en of hij een specifieke behandeling gewild zou hebben. De intensivist beoordeelt hierbij de patiënt en zijn context om een beeld te vormen over hoe de patiënt leefde voor zijn ziekzijn, wat zijn gezondheid was, maar ook wat zijn levenswensen en verwachtingen zouden kunnen zijn en wie er in zijn omgeving eventueel voor hem zouden kunnen zorgen. Soms lukt het om dit met de patiënt te bespreken voor hij te ziek is om nog antwoord te kunnen geven, maar meestal is de arts afhankelijk van de familie om een beeld van de patiënt te kunnen vormen. Deze manier van kijken naar wat goede zorg is lijkt in het klein ook op hoe zorgethiek kijkt naar goede zorg; de context en relaties zijn daarin zeer belangrijk om de te volgen behandeling te bepalen (Leget et al., 2019).

Omdat dit onderzoek plaats vond vlak na de COVID-pandemie gaven alle respondenten voorbeelden van families die veel antipathie op wekten omdat zij zich niet konden vinden in de diagnose (het bestaan van het ziektebeeld COVID in twijfel trekken of ontkenden) en daarmee de behandeling van de patiënt. Hier is dus een relationele verantwoordelijkheid van de familie naar de arts, omdat de familie de gedachten en gevoelens van de patiënt vertegenwoordigt. Daar tegenover staat de arts die het beste voor heeft met de patiënt en de inschatting moet maken wat het beste is voor de patiënt. Als de familie op dat moment tegen een behandeling van COVID is omdat zij niet in COVID geloven, moet de arts de afweging maken of dit de reële wens is van de patiënt. De arts kan zich afvragen of de familie de

wensen van de patiënt wel goed vertegenwoordigt, maar met enkel de familie als gesprekspartner is dit een lastige situatie. Dit gaf bij de respondenten gevoelens van boosheid, onmacht, frustratie, wanhoop en onrechtvaardigheid. In tegenstelling tot wat Vanlaere en Bruggraeve (2018) beschrijven als oplossing voor de ervaren antipathie, leken de artsen nauwelijks of niet meer in staat om empathisch te zijn naar sommige families en patiënten. De zorgrelatie tussen de artsen en deze patiënten en/of families waren kennelijk zo verstoord dat men alleen nog contact maakte in formele, strikte structuren, afgesproken voor de hele afdeling. De suggesties die Vanlaere en Bruggraeve doen, hoe hier mee om te gaan, klinken meer als een omgangsvorm die eerder in het proces had kunnen plaatsvinden, op een moment dat er nog sprake is van een rationele behandelrelatie tussen beide partijen. Wat wel gebeurde, zoals van Ruissen en van den Tilburgs beschrijven als advies, is 'het samen bespreken' (Ruissen & van Tilburg, 2011), waarbij 'samen' het personeel van de IC is. Dit werd als zeer behulpzaam en steunend ervaren en bleek ook een manier om alle neuzen van het IC-team dezelfde kant op te krijgen in de benadering naar de familie. Hiermee werden met 'samen bespreken' meerdere goede effecten bereikt. Verder literatuuronderzoek laat zien dat empathie wel vaak als middel wordt aangegeven om de arts-patiënt relatie zo goed mogelijk te krijgen en dat als deze relatie goed is dit zelfs positieve invloed heeft op de behandeling (Halpern, 2014; Larson, 2005; van Tuyl, 2011). Empathie kan dus zeker behulpzaam zijn in de communicatie en het goedhouden van een patiënt (of familie) -arts relatie, maar in de praktijk lijkt dit niet altijd alles-oplossend te zijn op de IC.

6.4 Ervaringen delen en precariteit

Bij het literatuur onderzoek bleek dat het onderling onder zorgverleners bespreken van de antipathie-gevoelens kan helpen om er mee om te kunnen gaan (Vanlaere & Bruggraeve, 2018). Ook Ruissen en van Tilburg (2011) gaven aan dat dit kan helpen bij antipathiegevoelens jegens een patiënt (Ruissen & van Tilburg, 2011). Dit kwam ook naar voren bij het empirisch onderzoek: bij antipathie gevoelens, maar ook bij walging gaven de respondenten aan dit vaak met collega's en het IC-team te bespreken. Dit lijkt op een vorm van 'social support' of Peer-consultatie, ook wel intervisie genoemd, die artsen ondersteunt bij het omgaan met ingewikkelde of lastige situaties. In sommige artsberoepen zoals huisartsen en psychiaters is het in enkele landen, waaronder Nederland, al gebruikelijk om in een intervisie-groep problemen te bespreken (Kuyvenhoven, Pieters, Jacobs, Touw & Spreuwen, 1990; Wilson, 2015). Bij andere specialismen is dit nog zeer ongebruikelijk, al lijkt de COVID-pandemie hier mogelijk ook verandering in te gaan brengen. De COVID-pandemie heeft de ervaren stress in de zorg zeer verhoogd. Hierdoor is er veel recente literatuur verschenen over stress verhogende situaties in de zorg en wat dit doet met zorgmedewerkers (Norman et al., 2021; Rodriguez et al., 2021; C. A. Wilson, Metwally, Heavner, Kennedy & Britt, 2022). Tevens is er ook beschreven hoe men met dit soort stressvolle situaties om kan gaan (Labrague, 2021; Lefèvre et al., 2021). Hierbij is veel geschreven over de verpleegkundigen en de zorgmedewerker in het algemeen, maar intensivisten passen zeker ook binnen de verschillende risicogroepen die stress ervaren tijdens de COVID-pandemie. Het ervaringen delen blijkt ook een van de strategieën te zijn om zorgmedewerkers te ondersteunen in stressvolle periodes, en blijkt een van de ondersteunende therapieën te zijn die zorgmedewerkers hielpen beter de stressvolle periode door te komen (Labrague, 2021; Lefèvre et al., 2021).

Echter uit de empirische studie van deze thesis blijkt dat het niet altijd makkelijk is om vrij ervaringen te kunnen delen met collega's. Vosman en Niemeijer beschrijven dat het behulpzaam kan zijn om de inherente precariteit van zorgverleners als lens of heuristisch instrument te gebruiken, om hiermee kritisch naar zorg te kijken (Vosman & Niemeijer, 2017). Precariteit wordt hierin omschreven als een continue onzekerheid van iemands eigen positie in een ordening van de gemeenschap (Vosman & Niemeijer, 2017).

Als de lens van precariteit wordt gebruikt om naar de positie van de artsen te kijken, ziet met dat vanuit de maatschappij, politiek, de eigen beroepsorganisatie (de Nederlandse Vereniging van Intensive Care (NVIC)) en zelfs de World Health Organisation, zeker sinds de COVID-pandemie, het beeld wordt gegeven dat de intensivisten zorg-helden zijn en alles wel aankunnen.

**DOCTORS ARE WORKING
24/7 TO PROTECT AND HEAL
US FROM #CORONAVIRUS.
LET'S SUPPORT OUR HEROES.**



www.covid19responsefund.org
#COVID19

Figuur 2. De World Health Organisation heeft in Azië geadverteerd met deze posters waarbij artsen als helden worden neergezet. [https://www.who.int/images/default-source/searo---images/countries/indonesia/covid19/covid-19-superhero-en-\(1\).png?sfvrsn=a4893385_2](https://www.who.int/images/default-source/searo---images/countries/indonesia/covid19/covid-19-superhero-en-(1).png?sfvrsn=a4893385_2)

Door deze beeldvorming kunnen artsen nog meer een druk voelen dat zij “perfect als een held” moeten zijn en dus niet zouden mogen walgen of antipathie gevoelens mogen ervaren bij patiënten en hun familie en zich er dus ook niet over kunnen uitlaten dat ze deze emoties wel hebben ervaren. Hiermee kan de druk om zich zo professioneel mogelijk te gedragen nog groter zijn voor de intensivisten en kunnen zij er nog minder makkelijk over praten door deze beeldvorming. Dit speelt dan naast het bestaande taboe van het hebben van sterk negatieve emoties van walging en antipathie als zorgverlener bij een patiënt.

Schaamte en taboe kwamen weinig terug in de interviews bij de respondenten, maar dit kan verschillende redenen hebben. Omdat het interview werd uitgevoerd door een collega intensivist, kan het goed zijn dat de respondenten geen of minder schaamte ervaren om zich te uiten. Ook kan het meespelen is dat de onderzoeker heeft samengewerkt met alle respondenten en daardoor eerder persoonlijk ook al ervaringen met elkaar gedeeld hebben. Hierdoor kan het dat de drempel om er nu over te praten al weg was door eerdere gesprekken

met elkaar ten tijde van een werkrelatie met de onderzoeker. Aan de andere kant kan het zijn dat misschien de respondenten onderwerpen een zo'n ernstig taboe vonden dat dit in zijn geheel niet ter sprake is gekomen, al is hier tijdens de interviews niet echt een situatie geweest dat de onderzoeker het gevoel had dat dingen niet bespreekbaar waren.

Het bespreken van de heftige ervaringen van walging en antipathie met mensen buiten de IC is een stuk lastiger omdat de artsen een zwijgplicht hebben. De artsen mogen geen informatie van patiënten zomaar met anderen bespreken (NFU, 2003). Dit maakt dat artsen ook niet makkelijk met iemand buiten hun vakgebied, die geen zwijgplicht heeft, hun ervaringen kunnen delen. De arts kan hierdoor niet makkelijk steun vragen buiten zijn of haar werk (zoals vrienden of familie).

Artsen die zich als meer kwetsbaar beschouwen zouden zich mogelijk minder goed kunnen uiten op de werkvloer. Hierdoor zouden ze de ervaringen van walging of antipathie meer voor zichzelf houden uit angst om voor minder volwaardige intensivist te worden aangezien of als niet professioneel kunnen worden beschouwd. En buiten de werkvloer mogen ze het niet waardoor ook eenzaamheid kan optreden.

Eerder was al gebleken uit de literatuurstudie dat professionaliteit behelst dat artsen hun emoties onder controle zouden moeten houden, en dat er mogelijk een taboe op emoties tonen heerste. Dit zou erin kunnen resulteren dat artsen door het nastreven van professionaliteit, zich ook ten alle tijden bewust zijn van hun houding en positie en daarmee ook dat het uiten van emoties maakt dat dit als niet professioneel wordt gezien en daarmee hun positie meer kwetsbaar zou kunnen maken. Dit kan ook binnen een verpleegkundig team spelen; in een dergelijk team heeft de arts de leiding en deze zal opdrachten moeten geven aan de verpleegkundigen en zich daarbij naast professioneel ook als leider van het team moeten opstellen. Het kan goed dat deze positie van de arts, als hoofd van een team, maakt dat de arts zich ook minder vrij kan voelen om zijn of haar emoties te uiten bij datzelfde team, uit vrees om dan ook minder gezag te hebben.

Het 'samen delen van ervaringen' kan dan juist een averechts effect hebben voor de arts omdat die zich hierin niet vrij voelt.

Precariteit kan dus een belemmering geven in het samen delen van de emoties bij artsen op de eigen werkvloer en daarmee is het een belemmering in het verlichten van emotioneel zware situaties.

Heel specifiek kwam dit terug bij een situatie van een van de respondenten die een walgervaring ervaarde tijdens de opleiding. De respondent was zich meer bewust van de kwetsbare positie die de respondent had binnen de artsen-groep die op de IC werkten. De jonge IC-arts in opleiding gaf aan zich te schamen om de walging te benoemen bij de supervisor, bang om niet professioneel te worden bevonden. Hierbij speelt het feit dat de arts nog in opleiding nog extra mee als extra kwetsbare positie omdat er juist van diegene werd verwacht goed professioneel werk te leveren omdat die ook nog afhankelijk was van een beoordeling voor het behalen van de opleiding.

Met behulp van de zorgethische theorie van Eva Feder Kittay kan men hier een mogelijke ondersteuning voor ontwikkelen. Zij beschrijft in haar boek 'Love's Labour' onder andere het begrip *doulia* (Kittay, 2020), afgeleid van *doula*. Een *doula* is iemand die de moeder helpt met zorgen voor een pasgeboren kind en zo is de term *doulia* ontstaan die daar deels naar verwijst. *Doulia's* zijn de mensen om de zorggever heen, die ervoor zorgen dat de zorggever zijn of haar taken kan blijven uitvoeren naar de zorgbehoefte, door hem daarin te ondersteunen. Kittay legt binnen haar theorie de nadruk op de kwetsbaarheid van de zorgverlener. Dit doet ze vanuit het perspectief dat iedereen een kind van een moeder is en dus altijd in zijn of haar

leven zorg heeft mogen ontvangen. Daar tegenover staat dat de moeder die de zorg geeft aan het kind ook weer wordt gesteund om dit te kunnen doen (Kittay, 2020).

Als het doulia principe wordt toegepast op de IC-situatie, is het de onderlinge steun van het team en de collega's maar ook anderen, eventueel van buiten de IC, die maken dat de intensivisten (maar ook de andere zorgverleners) hun werk kunnen volhouden, ook bij emotioneel zware momenten. Dit past bij het samen ervaringen delen dat door Vanlaere en Burggrave (2018) werd beschreven als hulp bij antipathie. De precariteit brengt hierbij dat enkel inzetten van de directe collega's en verpleegkundigen in een doulia constructie niet altijd wenselijk is. Er zou een onafhankelijke persoon of groep beschikbaar moeten zijn met wie een arts veilig zijn eigen emoties kan delen.

Tijdens de COVID-pandemie werden er in verschillende ziekenhuizen, waaronder het ziekenhuis waar de onderzoeker werkzaam is, mental support-groepen opgericht. Hierin werd er door psychologen en geestelijk verzorgers een luisterend oor geboden aan de zorgmedewerkers op de IC. Deze oplossing werd binnen een ziekenhuis geboden maar kijkend met de lens van precariteit is dit mogelijk niet de ideale oplossing geweest. De psychologen en de geestelijke verzorgers hebben namelijk ook een werkrelatie met dezelfde zorgmedewerkers, ze werken samen om de patiëntenzorg te kunnen bieden in hetzelfde ziekenhuis.

De grote hang naar professionaliteit maakt dat de arts zich kwetsbaar kan voelen bij het uiten van zijn of haar gevoelens of emoties. Het streven naar professionaliteit maakt dat artsen, naast opoffering, zich dus ook nog meer kwetsbaarder voelen bij het uiten van emoties die maken dat hun aanzien als minder professioneel zou kunnen worden gezien. Het mooiste zou natuurlijk zijn als een organisatie zoals een ziekenhuis geen precariteit zou kennen, en er een cultuur heerst waarin men zich vrij voelt om zich kwetsbaar op te stellen als zorgverlener naar elkaar om zo samen moeilijke situaties te kunnen verwerken. Maar dat is een utopie, zeker zolang er een duidelijke hiërarchie is binnen een organisatie.

6.5 Conclusie

In het theoretische vooronderzoek werd beschreven dat de lichamelijke reactie van walging een mogelijk probleem zou kunnen geven bij intensivisten voor het geven van goede zorg. Uit de empirie blijkt dat de respondenten walging niet als een probleem ervaren, en dat medelijden de meest aanwezige emotie was. Nussbaum heeft beschreven dat mededogen een mogelijke emotie zou zijn om walging te neutraliseren en Pulcini benoemde compassie als helpend bij zorgen voor walging opwekkende patiënten. Uit de beschrijvingen van de respondenten blijkt echter dat er eerst walging met schrik, en later medelijden optreden, en wordt er dus door de respondenten niet aangegeven dat mededogen of compassie een rol spelen bij de ervaring van walging.

Professionaliteit nastreven blijkt een belangrijk doel te zijn bij de respondenten. Omdat de artsen hun eigen emoties lijken te parkeren om goede zorg te kunnen verlenen is er naar zelfopoffering gekeken bij zorgmedewerkers. Zij voelden allen deze sterke verantwoordelijkheid. Tronto beschrijft zelfopoffering als een disbalans in de zorgvraag en aanbod, waarbij de zorgverlener vaak onvoldoende afstand kan houden van de zorgvrager omdat door de te grote zorgvraag, de zorg te veel, onjuist of juist te weinig wordt gegeven. Hierdoor kan er te veel van de zorgverlener gevraagd worden of ziet die het zelf als te veel, wat woede en frustratie bij de zorggever kan opwekken. De oplossing ziet Tronto in het meer afstand tussen zorgvrager en verlener creëren als dat kan, zodat er meer persoonlijke ruimte

voor de zorgverlener komt. Van Nistelrooy geeft een zorgethische visie op opoffering waarbij zij stelt dat hierbij een balans moet zijn tussen volledige zelfopoffering en juist het volledig voor zichzelf kiezen. Hierbij kan de balans in de richting van zelfopoffering opschuiven ten gunste van een goed samenleven. Dit inzicht plaatsend op de situatie op de IC maakt duidelijk dat er tijdens de COVID-pandemie mogelijk meer aan zelfopoffering werd gevraagd van de artsen waardoor de zorg als zwaarder is ervaren.

Binnen de relatie van de arts-patiënt/familie relatie werd door de respondenten soms antipathie gevoeld. De arts-patiëntrelatie wordt tegenwoordig patiënt-gecentreerd beschreven, echter op de IC heeft de arts vaker met de familie vandoen. In de literatuur worden vaak Amerikaanse situaties beschreven waar de familie het laatste woord heeft, echter in Nederland moet de arts te allen tijde de patiënt centraal stellen en kan daarmee soms tegen de wensen van de familie ingaan. De arts kijkt dan altijd naar de patiënt en zijn eigen context, waar de familie wel een belangrijke rol speelt. Dit heeft een overeenkomst met hoe zorgethiek kijkt naar wat goede zorg is, namelijk altijd met de context van de situatie.

Tijdens de COVID-pandemie waren er meer families en patiënten die antipathie opwekten bij de respondenten dan daarvoor. De in de (zorgethische) literatuur beschreven methode om hiermee om te gaan, te weten empathie tonen, leek niet meer toepasbaar bij de respondenten. Wel bleek het samen delen van de emoties en ervaringen te helpen bij het verwerken van de situatie en de zorg te verlichten.

Precariteit blijkt een rol te spelen in het delen van ervaringen. Er is sprake van machtsverhoudingen rondom de positie van de arts en dat bepaalt hoe makkelijk iemand zijn ervaringen deelt. Het is dus afhankelijk van hoe kwetsbaar iemand zich voelt binnen een organisatie en of hij wel of niet zijn gevoelens durft te delen. Daar komt bij dat zeker tijdens de COVID-periode zorgmedewerkers als helden werden neer gezet, waardoor emoties bespreken als mogelijk nog meer kwetsbaar zou kunnen worden gevoeld.

Het *doulia* principe van Kittay zou hier een blijvende ondersteuning kunnen geven. Echter de positie en de daarmee mogelijk ervaren kwetsbaarheid moet worden meegenomen in deze vorm van ondersteuning.

7 Eindconclusie, beperkingen en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt de hoofdonderzoeksvraag beantwoord en worden alle conclusies van de eerder besproken delen samengevoegd. Vervolgens zullen enkele beperkingen van dit onderzoek worden aangegeven en aanbevelingen worden besproken voor vervolgonderzoek en toepassingen in de praktijk van de IC.

7.1 Eindconclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was ‘hoe kunnen intensivisten goede zorg verlenen aan patiënten die walging of antipathie bij hen oproepen?’. Hierbij is eerst in de literatuur gezocht naar antwoord op wat zorgethische inzichten zijn omtrent het tonen van de emoties van walging en antipathie door een arts binnen een arts-patiëntrelatie. Hieruit kwam naar voren dat de professionaliteit een zeer belangrijk element is in de arts-patiëntrelatie, maar dat niet duidelijk is wat dat precies inhoudt en hoe de arts met zijn emoties moet omgaan als hij deze ervaart in contact met patiënt of familie. Er is een lange traditie van het niet tonen van emoties en deze wordt nog steeds als belangrijk gezien, daar het anders de patiënten kan afschrikken. Het hebben van negatieve emoties is daardoor een taboe en niet bespreekbaar. Emoties zijn echter sterk met lichamelijke reacties verbonden en het lichaam voelt en ervaart eerst iets voordat het brein zich bewust is van de ervaring; hierdoor zijn lichamelijke reacties haast onvermijdelijk. Zorgethische inzichten laten zien dat het hebben van emoties juist een bijdrage kan leveren aan goede zorg en kan helpen bij het maken van morele beslissingen. Het viel echter op dat het hebben van sterke negatieve emoties zoals walging of antipathie, die tevens ook sociaal onwenselijk zijn, nauwelijks zijn beschreven. Het enige advies dat in de literatuur wordt gegeven is om empathie te tonen en de emoties met collega's te bespreken, waarbij de zorgverlener wel mag accepteren dat de gevoelens er zijn. Of en hoe dit toepasbaar is bij hevige negatieve emoties is niet beschreven in de literatuur. Mogelijk dat dit voortkomt uit het taboe dat rust op het tonen van dergelijke emoties dat binnen de zorgverlening heerst.

Binnen het empirisch onderzoek werden de geleefde ervaringen van intensivisten bij emoties van walging of antipathie, opgewekt door patiënten, onderzocht. Uit de interviews met de respondenten kwam naar voren dat walging gepaard gaat met schrik, en dat als deze is weggeëbd er vaak medelijden overblijft. Wel zijn de respondenten zich erg bewust van hun professionaliteit en zij proberen die ook zo goed mogelijk vast te houden en proberen geen reactie te laten zien.

Antipathie opgewekt door patiënten en families geeft de respondenten vaak het gevoel van onmacht, frustratie, boosheid en oneerlijkheid. De respondenten proberen doormiddel van afspraken en moreel beraad meer controle op de situatie te krijgen. Ook valt op dat achteraf veel van de ervaringen worden gedeeld met het team. De antipathie-ervaringen werden als veel heftiger ervaren dan de walging. Een mogelijke verklaring hiervoor is de sterk toegenomen hoeveelheid van dergelijke ervaringen tijdens de COVID-pandemie. Anderzijds kan het zijn dat de artsen tijdens de COVID-pandemie meer aan zelfopoffering hebben gedaan. Hierdoor is er mogelijk een disbalans ontstaan waardoor de artsen meer problemen met antipathie ervaarden. Hierbij lukte het niet of nauwelijks meer om empathisch te zijn. Tronto (1993) geeft aan dat zorgverleners woede kunnen ontwikkelen als de zorgvraag van de patiënt zo groot is dat zorgverleners er niet meer aan kunnen voldoen zonder dat hun persoonlijke behoefte in het gedrang. Dit zou zeer goed het geval kunnen zijn geweest tijdens de COVID-pandemie.

De arts-patiënt/familierelatie op de IC is ook anders gebleken dan in andere zorg-settings. Waar er normaal een arts en een patiënt samen bepalen wat er moet gebeuren, is het op de IC meestal de familie en de arts omdat de patiënt te ziek is om mee te beslissen. Hierbij is er sprake van een lastige positie voor de arts, daar hij het belang van de patiënt voorop moet stellen, maar tegelijkertijd ook afhankelijk is van de familie voor informatie over wat de patiënt zou willen en kunnen. Hierbij heeft de familie niet altijd de juiste keuzen voor ogen. Daarnaast blijkt dat precariteit meespeelt bij een van de manieren van omgaan met negatieve emoties, het samen delen van ervaringen. Met name in een omstandigheid waarin de arts zich niet vrij genoeg voelt om zich te kunnen uiten, zoals bij een arts die nog in opleiding is, helpt 'samen delen' niet. Ook kan de zwijgplicht het bespreken van bepaalde casussen met niet-zorgverleners in de weg zitten, waardoor ondersteuning van de arts door familie of vrienden niet kan worden ingezet.

Tenslotte is gekeken naar het Doulia principe van Kittay (2020). Hierbij worden mensen ingezet die de zorgverleners ondersteunen om de zorgtaak goed uit te voeren. Deze personen ondersteunen in het bespreken van de ervaren emoties door de arts, waarbij wederom rekening gehouden moet worden met de mogelijke kwetsbaarheid die artsen ervaren bij het uiten van emoties.

Hiermee is het antwoord op de hoofdvraag ('hoe kunnen intensivisten goede zorg verlenen aan patiënten die walging of antipathie bij hen oproepen?'): de intensivisten proberen zo professioneel mogelijk te werken op het moment dat het van hen gevraagd wordt zonder (veel) emoties te tonen, iets wat mogelijk enige zelfopoffering vraagt. Hierbij is het belangrijk dat er op een later moment de mogelijkheid is om met andere mensen (veelal binnen het zorgteam) de situatie met de ervaren emoties te bespreken, waarbij de arts zich vrij voelt om zich te kunnen uiten. Daarbij moet de kwetsbare positie van de arts meegenomen worden in het bepalen welke personen de arts het beste kunnen ondersteunen.

7.2 Beperkingen

Uiteraard heeft dit onderzoek ook zijn beperkingen: doordat dit onderzoek is uitgevoerd door een intensivist kan het zijn dat dit een vertekend beeld heeft gegeven. Er is immers niet een maximale objectieve houding mogelijk geweest bij de interviews. De onderzoeker heeft dezelfde heftige ervaringen meegemaakt met soms zelfs dezelfde families als beschreven in de interviews, waardoor dit bij de onderzoeker ook herinneringen en dezelfde emoties oproep. Dit heeft een deel van de situatie mogelijk ingekleurd. Aan de andere kant zijn de interviews juist doordat de onderzoeker ook intensivist is makkelijker verlopen en waren de respondenten sneller genegen om over hun emoties en gevoelens te praten. Dit zal zeker geholpen hebben om het feit dat dit eigenlijk een taboeonderwerp is, dat men niet snel zal bespreken met niet-collega's. Dit is ook teruggekomen bij het kijken naar de situatie door de lens van precariteit. Daar staat tegenover dat hierdoor het taboe-element minder duidelijk naar voren kan zijn gekomen omdat de respondenten het interview ervoeren en als een gesprek met een gelijkgestemde.

De achtergrond van de onderzoeker heeft ertoe bijgedragen dat dit onderzoek een duidelijker beeld van de kant van de arts beschrijft dan in het merendeel van de literatuur. Wat men in het algemeen ziet in de literatuur is dat de nadruk ligt op het gezichtspunt van de patiënt. Een andere beperking is dat dit onderzoek vlak na twee jaar COVID-pandemie heeft plaatsgevonden. Tijdens deze periode is er heel erg veel gevraagd van IC-personeel en zijn in zijn geheel vele emoties, ook die van angst, verdriet met stress in grote mate aanwezig geweest. Dit heeft zeer waarschijnlijk veel mee gespeeld in hoe de respondenten de antipathie

hebben ervaren. Met name de ontkenning van het bestaan van COVID was daarin uniek, met daarbij soms extreem gedrag door patiënten of familieleden. Dergelijk gedrag kwam voor de COVID-pandemie in minder extreme mate al wel voor bij patiënten of familieleden die in het algemeen zorgpersoneel niet vertrouwen. De uitzonderlijke situatie tijdens de COVID-pandemie is echter wel de directe aanleiding voor dit onderzoek geweest. Omdat er in korte tijd zoveel problemen met patiënten en hun familieleden waren, werd men veel meer bewust van de problemen en moeilijkheden die hun gedrag op de IC met zich meebrachten. Een derde beperking is de onderzoeksgroep. Doordat het een kleine groep is geweest en deze allen bekenden van de onderzoeker waren kan dit mogelijk een niet volledig goede representatieve groep zijn geweest. De hoeveelheid respondenten past binnen een IPA-onderzoek, echter het is belangrijk om te realiseren dat het onderzoek een beperking heeft in de vergelijkbaarheid en overdraagbaarheid. Daar staat tegenover dat in gesprekken buiten het onderzoek om wel soortgelijke ervaringen van andere intensivisten ter sprake kwamen. Desalniettemin zou een nog diversere groep intensivisten, met ook onbekenden van de onderzoeker mogelijk meer representatief zijn geweest.

7.3 Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling zou zijn om te kijken of de antipathie anders wordt ervaren als de artsen weer een tijd meer rust hebben gekregen, waarin meer tijd is geweest voor de persoonlijke behoefte van de artsen en minder de ervaringen van de COVID-periode vers in het geheugen hebben staan. Een vervolgonderzoek naar hoe intensivisten de situaties dan ervaren zou interessant zijn om te onderzoeken of dat een andere geleefde ervaring zou brengen.

Vanuit de literatuur blijkt dat de artsensvisie op problemen in de arts-patiënten-relatie zeer weinig zijn beschreven. Zeker de emoties die artsen ervaren en hoe ze daar mee om moeten gaan komt nauwelijks ter sprake. Het hebben van emoties en zeker negatieve emoties van een arts lijkt een taboe waar niet over gepraat of geschreven wordt. Uitgangspunt van de zorg is immers dat de patiënt zich te allen tijde welkom moet voelen bij een arts. Publicaties over onderzoek over artsen die gedrag of lichamelijke aspecten van patiënten als onprettig hebben ervaren zouden een negatief effect kunnen hebben op hoe welkom patiënten zich voelen bij artsen. Toch zou het zeer waardevol zijn om dit soort onderzoek verder uit te breiden, omdat inzicht in wat een goede manier is om met dergelijke situaties om te gaan de zorg kan verbeteren. Een arts is immers ook maar een mens met gevoelens en emoties, met daarbij een kwetsbare positie gezien de wil en noodzaak om professionaliteit te tonen.

Hierbij volgen enkele suggesties voor vervolgonderzoeken. Dit vraagt om creativiteit qua onderzoek, omdat het niet makkelijk is de negatieve emoties van artsen te bespreken en te onderzoeken. Als vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te kijken naar wat voor emoties, en zeker de negatieve emoties, artsen ervaren. Vervolgens kan er gekeken worden hoe artsen er mee omgaan en wat voor hun een passende ondersteuning kan zijn. Ook zou het goed zijn de mogelijke extra steun in de lijn van het *doulia* principe van Kittay, en daarbij behorend een intervisie programma, verder te onderzoeken en implementeren. Intervisie is bij intensivisten nauwelijks bekend als vorm van ondersteuning, en daarmee een open terrein voor verder onderzoek. Met name aspecten als het rekening houden met werk- en machtsverhoudingen bij het samenstellen van een dergelijk programma en de mate waarin iedere deelnemer in de groep zich veilig voelt om zich te kunnen uiten, zouden goede onderwerpen zijn voor verder onderzoek. Vervolgens kan er verder onderzocht worden hoe

men artsen kan ondersteunen om ondanks (negatieve) emoties toch zo professioneel mogelijk te kunnen handelen en goede zorg te kunnen blijven geven. Het inzetten van een meer bewust systeem van intervisie of peer-support/consultatie in gevallen waar het gedrag van patiënten of familieleden antipathie opwekken zouden interessante casussen zijn voor een dergelijk onderzoek.

Een ander onderwerp voor verder onderzoek is of er in het verdere beloop van de zorg compassie of medelijden wel een rol kunnen spelen om te kunnen omgaan met emoties als walging. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan afwijkingen die langdurig walging opwekken, zoals bij een brandwondenslachtoffer op de intensive care. Deze patiënten ruiken altijd langdurig naar verbrand mensenvlees wat een heftige ervaring is voor veel mensen. Uit onderzoek is gebleken dat zorgverleners op een brandwonden afdeling een andere coping strategie hebben, maar er is weinig onderzoek naar de walging-ervaring gedaan (Murji et al., 2006). Omdat geen van mijn respondenten ervaringen heeft beschreven waarbij de walging-opwekkende elementen langdurig, bijvoorbeeld dagen, aanwezig waren, zou bij deze situatie nog onderzocht kunnen worden naar de neutraliserende werking van compassie op de emotie van walging. Bij dit onderzoek past het beschreven systeem van zorgethiek waarbij aan de hand van een theorie naar de praktijk wordt gekeken en waarop vervolgens eventueel de theorie kan worden aangepast, zoals ook in figuur 1 bij hoofdstuk 3 weergegeven. De theorie van Pulcini, (2017) maar ook die van Nussbaum (2014) zouden hiermee verder uitgewerkt kunnen worden door opnieuw naar de praktijk te gaan voor verder empirisch onderzoek.

- Baltesen, F. (2022, maart 14). IC medewerkers nemen massaal ontslag in corona periode. *zorgvisie.nl*. <https://www.zorgvisie.nl/ic-medewerkers-nemen-massaal-ontslag-in-coronaperiode/>
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: A care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9770-5>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed). Oxford University Press.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (Vierde druk). Boom.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12-23. <https://doi.org/10.1177/160940690600500304>
- Carbo, C. (2004, juli 20). Tijd voor een tegengeluid. *Medisch Contact*.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (Fourth edition, international student edition). SAGE.
- Dijken, P. J. van, Barnhoorn, P. C., & Geurts, J. M. C. (2021). *Professionaliteit in de zorg: Reflecteren op je professie* (Vol. 1-1 online resource (XII, 252 pages) : illustrations). Bohn Stafleu van Loghum. <http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6534024>
- Dornan, T., Pearson, E., Carson, P., Helmich, E., & Bundy, C. (2015). Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Medical Education*, 49(2), 174-185. <https://doi.org/10.1111/medu.12587>
- Engster, D., & Hamington, M. (2015). *Care ethics and political theory* (First edition.). Oxford University Press;
- Evers, J. C. (2015). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Boom Lemma
- Fiester, A. (2022). The “Ladder of Inference” as a Conflict Management Tool: Working with the “Difficult” Patient or Family in Healthcare Ethics Consultations. *HEC Forum*. <https://doi.org/10.1007/s10730-022-09476-w>
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 701-713. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90212-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7)
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
- Helmich, E., Bolhuis, S., Laan, R., Dornan, T., & Koopmans, R. (2014). Medical students’ emotional development in early clinical experience: A model. *Advances in Health Sciences Education*, 19(3), 347-359. <https://doi.org/10.1007/s10459-013-9477-1>
- Hippocrates, & Potter, P. (1995). *Places in Man. Glands. Fleshes. Prorrhetic 1-2. Physician. Use of Liquids. Ulcers. Haemorrhoids and Fistulas*. (Vol. 1-1 online resource (432 pages).). Harvard University Press;
- Janssen, Sweerts, & Vingerhoets. (2015, december 9). Schaamte over tranen. *medisch contact*.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Kaiser, M., Kohlen, H., & Caine, V. (2019). Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nursing Inquiry*, 26(3),

- e12290. <https://doi.org/10.1111/nin.12290>
- Kittay, E. F. (2020). *Love's labors: Essays on women, equality and dependency* (Second edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- KNAW, NFU, NWO, TO2-Federatie, Vereniging Hogescholen, & VSNU. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit* [Application/pdf]. Data Archiving and Networked Services (DANS). <https://doi.org/10.17026/DANS-2CJ-NVWU>
- KNMG. (2016). *KNMG-handreiking Optimaal functioneren van artsen*. <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=b8e58237-12be-48d7-b26b-6e8cc4eca9a4&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=64304>
- KNMG. (2022). *KNMG-richtlijn Gedragscode voor artsen*. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen.htm>
- Krey, H. (2004). Gefühlsregulierung in der Pflegeausbildung – Eine Untersuchung zum Ekelempfinden von Auszubildenden in der Pflege im 3. Ausbildungsjahr. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 5, No 1* (2004): Special Issue: FQS Reviews III. <https://doi.org/10.17169/FQS-5.1.654>
- Kuyvenhoven, M. M., Pieters, H. M., Jacobs, H. M., Touw-Otten, F. W. M. M., & Spreeuwenberg, C. (1990). do peer consultations improve quality of care in general practice? *International Journal for Quality in Health Care, 2*(2), 171-179. <https://doi.org/10.1093/intqhc/2.2.171>
- Kuyvenhoven, M., Pieters, H., Jacobs, H., Touw-Otten, F., & Spreeuwenberg, C. (1990). The Association Between Peer Consultations and Three Aspects of Clinical Competence. *Family Practice, 7*(3), 163-167. <https://doi.org/10.1093/fampra/7.3.163>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management, 29*(7), 1893-1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Larson, E. B. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA, 293*(9), 1100. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Le Coz, P., & Tassy, S. (2007). The philosophical moment of the medical decision: Revisiting emotions felt, to improve ethics of future decisions. *Journal of Medical Ethics, 33*(8), 470-472. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.016741>
- Lefèvre, H., Stheneur, C., Cardin, C., Fourcade, L., Fourmaux, C., Tordjman, E., Touati, M., Voisard, F., Minassian, S., Chaste, P., Moro, M. R., & Lachal, J. (2021). The Bulle: Support and Prevention of Psychological Decompensation of Health Care Workers During the Trauma of the COVID-19 Epidemic. *Journal of Pain and Symptom Management, 61*(2), 416-422. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.023>
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics, 26*(1), 17-25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Lutke Schipholt, I. (2004, juli 20). Professioneel omgaan met emoties. *Medisch contact*.
- Maassen, H., & Fledderus, S. (2012, oktober 24). Ook emoties horen bij dokter worden. *Medisch Contact*.
- Maassen, M. 1965-, & Oosterwijk, F. 1951-. (2006). *Taboe: 100 gevoelens waar Nederlanders zich voor schamen*. Balans;
- Maillette de Buy Wenniger, L. (2021). Meer burn-outklachten onder IC-personeel tijdens covid-19. *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde, 165*, C4742.

- Murji, A., Gomez, M., Knighton, J., & Fish, J. S. (2006). Emotional Implications of Working in a Burn Unit: *Journal of Burn Care & Research*, 27(1), 8-13.
<https://doi.org/10.1097/01.bcr.0000195093.36328.ab>
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). (2003). *De Nederlandse artseneed*. <https://www.nfu.nl/sites/default/files/2020-08/Artseneed2009.pdf>
- Norman, S. B., Feingold, J. H., Kaye-Kauderer, H., Kaplan, C. A., Hurtado, A., Kachadourian, L., Feder, A., Murrrough, J. W., Charney, D., Southwick, S. M., Ripp, J., Peccoralo, L., & Pietrzak, R. H. (2021). Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: Relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning. *Depression and Anxiety*, 38(10), 1007-1017.
<https://doi.org/10.1002/da.23205>
- Nussbaum, M. C. (2014). *Oplevingen van het denken over de menselijke emoties*. Ambo/Anthos.
- Plutchik, R. (2001). The Nature of Emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American Scientist*, 89(4), 344-350.
- Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71.
<https://doi.org/10.1177/1754073915615429>
- Reijen, M. van, & Vergeer, C. (2015). *Grote denkers over emoties: Van stöicijnse apatheia tot heftige liefde*. ISVW.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, (2020).
https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2019-11-15/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5
- Rodriguez, R. M., Montoy, J. C. C., Hoth, K. F., Talan, D. A., Harland, K. K., Eyck, P. T., Mower, W., Krishnadasan, A., Santibanez, S., Mohr, N., Bahamon, M., Carlson, J. N., Chisolm-Straker, M., Driver, B., Faine, B., D, P., Galbraith, J., Giordano, P. A., Haran, J. P., ... Weber, K. D. (2021). Symptoms of Anxiety, Burnout, and PTSD and the Mitigation Effect of Serologic Testing in Emergency Department Personnel During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Emergency Medicine*, 78(1), 35-43.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.01.028>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMeds-model*. <https://www.royalcollege.ca/content/rcpsc/ca/en/canmeds/canmeds-framework.html>
- Ruissen, A. M., & van Tilburg, W. (2011). Antipathie moet! Een pleidooi voor de ontmythologisering van de arts-patient relatie. *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek*, 21(1), 3-8.
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2021). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (2de dr.). SAGE Publications.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2018). Emotions. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/emotion/>
- Steiner-Hofbauer, V., Schrank, B., & Holzinger, A. (2018). What is a good doctor? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 168(15-16), 398-405.
<https://doi.org/10.1007/s10354-017-0597-8>
- Stevens, H. (2022, maart 28). Honderden ic-medewerkers overstapt naar andere baan. *nieuwsbrief venticare*. <https://venticare.nl/nieuws/honderden-ic-medewerkers-overgestapt-naar-andere-baan.html>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- van der Brink, R., Herderschee, R., & Vleugels, A. (2018, juni 2). *Personeelstekorten ziekenhuizen nemen dramatisch toe*. <https://nos.nl/artikel/2234675-personeelstekorten-ziekenhuizen-nemen-dramatisch-toe>
- van Nistelrooij, I. (2014). Self-sacrifice and self-affirmation within care-giving. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 519-528. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9523-z>
- van Rootselaar, A. (2021, november 10). IC-verpleegkundigen ziek van werkdruk, dit is nog maar een voorproefje van hoe het de komende jaren wordt. *algemeen dagblad*. <https://www.ad.nl/binnenland/ic-verpleegkundigen-ziek-van-werkdruk-dit-is-een-voorproefje-van-hoe-het-de-komende-jaren-wordt~a09af5c5/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- van Tuyl. (2011, augustus 12). Balanceren tussen empathie en afstand. *medisch contact*. (Balanceren tussen empathie en afstand | medischcontact)
- van Wijngaarden, E., Meide, H. van der, & Dahlberg, K. (2017). Researching Health Care as a Meaningful Practice: Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1738-1747. <https://doi.org/10.1177/1049732317711133>
- Vanlaere, L., & Burggraave, R. (2018). *Gekkenwerk kleine ondeugden voor zorgdragers*. Lannoo Campus.
- Verhulst, A. (2015, juni 2). Coschap: Een emotionele rollercoaster. *medisch contact*.
- Vollaire, C. (2011). Le tabou du dégoût: L'anesthésie du soignant. *Ethnologie française*, 41(1), 89. <https://doi.org/10.3917/ethn.111.0089>
- Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: Late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 465-476. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9766-1>
- Waldenfels, B. (2008). The role of the lived-body in feeling. *Continental Philosophy Review*, 41(2), 127-142. <https://doi.org/10.1007/s11007-008-9077-6>
- Wilson, C. A., Metwally, H., Heavner, S., Kennedy, A. B., & Britt, T. W. (2022). Chronicling moral distress among healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of mental health strain, burnout, and maladaptive coping behaviours. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 111-127. <https://doi.org/10.1111/inm.12942>
- Wilson, H. (2015). Viewpoint: Challenges in the doctor - patient relationship: 12 tips for more effective peer group discussion. *Journal of Primary Health Care*, 7(3), 260. <https://doi.org/10.1071/HC15260>

Bijlagen

Bijlage A

De vragenlijst die is gebruikt bij de interviews.

Vooraf is aangegeven dat minimaal een ervaring van walging en een ervaring van antipathie zou worden besproken

- Kun je een situatie beschrijven waarin je het contact met een patiënt als onprettig hebt ervaren?
- Waar lag dat aan? Vertel hier iets over?
- Kun je concrete voorbeelden noemen? Wat voelde je daar dan bij?
- Waarom was het contact onprettig, wat maakte dat het voor jou onprettig was?
- Wat voelde je toen?
- Wat dacht je toen?
- Wat deed je toen?
- Waarom is/was dat zo naar voor jou? Kun je daar nog iets meer over zeggen?
- Hoe kwam dat je dat zo ervaarde?
- Wat was er precies naar aan die ervaring?
- Wat was moeilijk in deze situatie?

Bijlage B

Een voorbeeld van een stuk uitgeschreven interview met 1^e analyse

I: Hoe was dat voor jou? Zeg maar die ervaring het zien en dan nou met dat dilemma, wat moet ik doen? Als je daarop terugkijkt, wat doet het meest bij jou nog zeg maar losmaken?

R: Ja dat ik toch wel op dat moment afvroeg, hoe kun je leven met zoiets, dat vond ik wel erg, want die persoon patiënten Ja, die was gewoon prima vrolijk en die kon dingen doen. En ja, Het was alleen cosmetisch, zeg maar iets wat In de weg zat. Maar voor die patiënt was het helemaal niet zodanig dat dat hij niet van het leven kon genieten ofzo.

Dus dat was erg dat ik dus denk van, ik zou er niet mee willen leven of zo, terwijl ja die patient die was gewoon gelukkig en dat vind ik ook heel lastig, dat ik dat zo eigenlijk ja vies vond dat ik zelf dacht van Jeetje, hoe kun je hiermee over straat? Ik? Ja, ik zou me in mijn huis verstoppen bij wijze van spreken.

En, dat vind ik ook echt dat ik het zo vies vond dat ik dat voor mezelf dan dacht van oh, ik zou zo niet willen leven terwijl die patiënt die was gewoon prima, vrolijk en gelukkig. Dat vond ik wel heel moeilijk. Dat ik zeg ja, hallo oordeel daar niet over, daar ga je helemaal niet over. Dus ook dat ik zelf een oordeel had. Wat ik niet professioneel vind nog steeds niet.

I: Waarom vind je dat niet professioneel?

R: Nou ja, Omdat wij natuurlijk beloofd hebben dat we iedereen ongeacht hoe die eruit ziet of wat hij denkt of wat hij doet, zullen behandelen op je best en het beste met diegene voor hebt, denk ik.

Dat ik dan denk over diegene van hoe. Ja, dat ik daar dus een waardeoordeel over dat leven heb. Over iets aan de buitenkant van die patiënt, terwijl er misschien dat het wel een prima aardig iemand geweest kan zijn met een leuk karakter en dat ik dan toch.. Ja, daar dus een oordeel in mijn hoofd over had.

Terwijl ik dacht, ja, ik moet die patiënt gewoon behandelen. Ik heb daar helemaal geen oordeel over te vinden. Ik moet gewoon zorgen dat die patiënt beter wordt. Die komt voor iets anders en dat gaat mij helemaal geen bal aan. Wat hij verder nog heeft.

Dianne Hoelen

Zich afvragend hoe je met zoiets kunt leven

Dianne Hoelen

Wilde zelf niet met zoiets leven terwijl pt dat wel goed deed

Dianne Hoelen

Zou zichzelf verstoppen, als ze het zelf had

Dianne Hoelen

Zelfs het heel vies vinden en pt vrolijk en gelukkig vond dat heel moeilijk

Dianne Hoelen

Vond dat ze daar niet over mocht oordelen, niet professioneel

Dianne Hoelen

Waarde oordeel over uiterlijk van pt is niet professioneel maar deed het wel

Dianne Hoelen

Ze mag geen oordeel hebben als arts, ze moet gewoon pt beter maken

Een voorbeeld van de 2^e analyse

E	F	G	H	I	J	K	L
professionaliteit	mag geen gevoelens hebben, niet prof	onzeker/ geruststelling daarvan	bang	moelijk om te doen	ervaringen delen met collegas	oneerbiedig/ respect wel/niet	voelde zich alleen in de ervaring
eft Ze wil niet dat pt en fam zagen dat ze zo schro	Niks laten merken je bent professional, je ma	Onzeker of ze er iets van moest zeggen	Bang er iets onaardigs te zeggen door er een c	Vond het moeilijk om het te negeren	Met collegas besproken dat ze er van schrok	Vond het oneerbiedig om de afwijking vies te	benoemen naar collega terwijl ze dit wel vond
ich Als zorgprofessional moet ik niks laten merken		Realiseerde zich later dat anderen het ook er l	Bang onprofessioneel gevonden te worden, z	Olfant in de kamer niet besproken	Met collega besproken, niet met fam gedurft		Bleef met gevoel zitten: wat ze had moeten z
Als professional ben je er voor opgeleid, dat je er niks van moet kunnen laten merken		Pt bleek ook bij anderen iets te doen	Wat zullen mn de mensen boven je wel niet d	Bij pt met vreemde ideeën zie je niet en heb je	Collega reageerde minder geschrokken, omdat die het	al langer wist/kende	Zit daar nog steeds mee dat ze het niet bespr
Niks laten merken je bent professional, je mag hier geen gevoelens over hebben/ vies vind		T deed anderen oko iets want die hadden het er ook over		Denkt de volgende keer ook weer zo primair	Kon dit niet vertellen aan anderen wat ze normaal wel doet		Kon het aan niemand vertellen, heeft t toen m
Zo neutraal geprobeerd te doen alsof het er niet was terwijl het er wel was		Geruststellend dat ze niet de enige dokter was die er iets van dacht		Zou het nu nog steeds vies vinden	Niet de enige die zo schrikt en er een gevoel bij hebben en er over willen praten		Dacht dat ze de enige was
Moet professioneel blijven, niet schrikken iets van zeggen: zat in conflict met zichzelf		Niet de enige die zo schrikt en er een gevoel bij hebben en er over willen praten			Later bleek pas dat anderen ook er over praten		Dacht eerst dus dat het aan haar lag, maar late
Daarna weer je stramen weer in: professioneel en dan gaat het ook weer		Gezegd dat ze was geschrokken terwijl de anderen neutraal reageerden			Reageerde wel boos naar vpl ipv pt, geagiteerd		Denkt toch dat anderen er ook wat van vonden
Schrik Ebt weg bij je werk doen		Dacht dat ze de enige was			Geventileerd bij verpleeging die het ook stom vonden, blij dat er ook nog mensen die haar gelijk geven		
Vond het heftig /schrok is zich bewust van haar professionaliteit en dat ze niet alles zo kan t		Later bleek pas dat anderen ook er over praten			Fijn om bevestiging te hebben dat anderen ook god vonden dat ze boos was		
Zich afvragend of ze wel of niet goed professioneel goed had gehandeld door het niet te zeg		Dacht eerst dus dat het aan haar lag, maar later niet meer			Team en zij: even ventileren en dan klaar, weer terug naar je professionaliteit		
Vond dat ze daar niet over mocht oordelen, niet professioneel		Weet niet of ze t nou moet benoemen of niet			T ventileren hiepl meer wrs dan inslikken		
Waarde oordeel over uiterlijk van pt is niet professioneel maar deed het wel		Weet niet goed hoe dan wel professioneel te moeten handelen			Iedereen had dit uitpreken als ventileren, en dan klaar		
Ze mag geen oordeel hebben, ze moet gewoon pt beter maken		Weet nog steeds niet hoe te moeten reageren			Als te echt niet lukt om met mensen te praten dan evt collega vragen		
Ze had een mening terwijl ze neutraal moest zijn		Weet nog steeds niet (onzeker?) hoe ze dit zou moeten doen maar mogelijk met goede argumenten					
Ze mag geen oordeel hebben		Had in haar achterhoofd wel t idee, maar laat zich meenemen door de anderen vindt dta t lastigst					
Eerst schrikreactie dan verwondering /verbazing en daarna wil ze graag professioneel ops		Had makkelijk anders kunnen doen om team te beschermen, vindt dat ze meer naar gevoel/zelf had moeten luisteren					
Wil niet dat een dokter schrikt		Blijft vaak nog nadenken over problemen					
Dokter moet niet schrikken mar neutraal zijn							
Dokter mag geen oordeel hebben, mag niet denken van gatver							
Er mag geen drempel komen dat de dokter er wat van gaat vinden, mensen doen dat wel maar dokter mag dat niet							
Vind dat goede dokter neutraal moet zijn: in strijd met zich zelf waar ze wel een oordeel had							
Goed mens oordeeld niet over een ander							
Zeker een dokter oordeeld niet over een ander							
Dokter oordeeld niet over een ander							