

## Gegevens

---

Master Zorgethiek en Beleid

ZEB-70: Afstudeeronderzoek waarin opgenomen de masterthesis

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

Begeleider: Dr. Alistair Niemeijer

Tweede lezer: Dr. Hanneke van der Meide

Studentgegevens: Nanda Leenhouts – nummer: 1009648 - nanda.leenhouts@student.uvh.nl

23 augustus 2017

---



## Zorgen voor de mens op de intensive care

---

*Fenomenologisch onderzoek naar de ervaring van verpleegkundigen met de zorg voor patiënten op de intensive care*

## Voorwoord

---

Voor u ligt de thesis 'Het zorgen voor de mens op de intensive care'. Deze thesis is geschreven ter afsluiting van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht.

De omgeving van de intensive care van het HagaZiekenhuis waar ik werkzaam ben, is een grote bron van inspiratie geweest voor mijn opleiding. Op deze afdeling worden ontzettend veel moeilijke beslissingen genomen op moreel gebied, nooit eerder heb ik zoveel stil gestaan bij wat goed is en wat niet. Ik heb ervaren dat deze vraag zelden beantwoord wordt voor de handeling.

Handelen zonder te weten of dit handelen goed is kost mij veel energie. Ik ben nog op zoek naar een manier om meer voldoening te halen uit mijn werk. Het zorgen voor patiënten geeft mij rust. Wat voor beslissingen ook gemaakt worden, ieder mens verdient zorg.

Zelfs wanneer ik me beperk tot de vraagstukken rondom het geven van zorg, stuit ik nog op complexiteiten. Wat is eigenlijk goede zorg voor patiënten op een intensive care? Met dit onderzoek hoop ik de lezer inzicht te geven in de complexiteit van zorgen op een intensive care. Daarbij hoop ik een stukje dichterbij het antwoord te komen naar wat goed zorgen is voor mensen op deze intensive afdeling.

Ik wens u veel leesvreugde,

*Nanda Leenhouts*

Den Haag, 14 augustus 2017

## Samenvatting

---

Uit een literatuurverkenning (Trifiletti, 2014; Vaes & Muratore, 2012) blijkt dat een bepaalde afstand tussen de verpleegkundige en een patiënt op een intensive care (IC) een functie heeft. Deze lichte vorm van dehumanisering zorgt dat de verpleegkundige minder blootgesteld wordt aan emoties van patiënten, en zij minder gevoelig is voor stress en een burn-out. Tevens laten verschillende theorieën (Ashworth, 1990; O’Keefe-McCarthy, 2009; Price, 2013) zien dat de technische middelen op een intensive care, ook de afstand tussen de patiënt en de verpleegkundige kunnen vergroten. Daarbij blijkt dat technische ontwikkelingen als het ware versmelten met de handelingen van verpleegkundigen en dat het daarom noodzakelijk is om hierbij een aansluitende ethiek te ontwikkelen.

Door middel van fenomenologisch onderzoek brengt deze studie de ervaringen van verpleegkundigen met het zorgen voor patiënten op een IC in kaart. Hieruit komt voort dat verpleegkundigen inderdaad bewust een afstand met de patiënt bewaren om het zien en het voelen van emoties uit de weg te gaan, én dat technische handelingen afleiden van het geven van persoonlijke aandacht aan de patiënt, met name bij personeel dat weinig werkervaring heeft. Toch laten de bevindingen ook zien dat het juist een klik met de patiënt hebben veel voldoening geeft, en dat het ontbreken van wederzijds begrip en het niet kunnen communiceren als frustrerend wordt ervaren. Daarbij treden er regelmatig schuldgevoelens op wanneer er onvoldoende persoonlijke aandacht is gegeven aan de patiënt.

De ervaringen van de verpleegkundigen zijn in dialoog gebracht met wetenschappelijke en zorgethische literatuur. De concepten relationaliteit, verantwoordelijkheid en affectiviteit staan hierbij centraal, in het nadenken over het geven van goede zorg. Wat onder goede zorg verstaan wordt, is uitgelegd aan de hand van de theorie van de Amerikaanse zorgethica Joan Tronto. Tronto (1993) omschrijft vier fasen van zorg, die bij het geven van goede zorg allemaal doorlopen moeten worden. Momenteel zijn er nog veel knelpunten te ontwaren bij het passeren van deze fasen tijdens de IC zorg.

Het creëren van een afstand met de patiënt lijkt goedbeschoofd eerder een probleem dan een mogelijke oplossing. Om de zorg op de intensive care te optimaliseren zal juist een intensievere zorgrelatie gecreëerd of in stand gehouden moeten worden dan nu het geval is. Om dit te kunnen realiseren is het noodzakelijk om affectiviteit en empathische gevoelens te koesteren. Daarbij moet zo veel mogelijk getracht worden op andere gebieden stress weg te nemen bij verpleegkundigen.

## Inhoudsopgave

---

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Maatschappelijk probleem	7
1.3 Wetenschappelijk probleem	8
1.4 Vraagstelling	9
1.5 Doelstelling	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Theoretische verkenning	11
2.2 Drie centrale concepten uitgelicht	14
2.3 Conclusie	16
2.3 Sensitizing concepts	17
3. Methode	18
3.1 Onderzoeksbenadering	18
3.2 Onderzoeksmethode	18
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	18
3.4 Dataverzameling	19
3.5 Data-analyse	19
3.6 Fasering	20
3.7 Ethische overwegingen	20
3.8 Kwaliteit van onderzoek	20
4. Bevindingen	22
4.1 De relatie met de patiënt	22
4.2 Het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundige	23
4.3 De technologische omgeving van de IC	24
4.4 Conflicterende gevoelens	25

5. Zorg ethische reflectie en kritische discussie	26
5.1 Hoe ervaren verpleegkundigen de zorg voor patiënten op een intensive care?	26
5.2 Welke inzichten levert een zorg ethische reflectie op de geleefde ervaring van verpleegkundigen op?	27
5.3 Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor IC-patiënten?	30
6. Conclusie en aanbevelingen	31
6.1 Conclusie	31
6.2 Aanbevelingen	32
7. Kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek	33
7.1 Interne validiteit	33
7.2 Externe validiteit	33
Literatuur	34
Nawoord	37
Bijlage 1 – persoonlijke reflectie	38
Bijlage 2 – faseringsschema's	39
Bijlage 3 – coderingsschema	41

*Werken in de zorg,  
dat doe je met gevoel.  
Doe jij ook dit werk?  
Dan weet je wat ik bedoel.  
Je doet alles voor je mensen,  
je staat altijd voor ze klaar.  
Het geeft zoveel voldoening,  
Ook al is het soms best zwaar*

Tommie Niessen (2017).

# 1. Inleiding

---

## 1.1 Aanleiding

“Werken in de zorg, dat doe je met gevoel”, is een citaat uit een gedicht van Tommie Niessen (2017). Dit klinkt als een ogenschijnlijk evident gegeven. Een gegeven waar ik, als verpleegkundige werkzaam, me een aantal jaar geleden in zou hebben gevonden. Sinds ik werkzaam ben op de intensive care (IC) van het HagaZiekenhuis, levert dit citaat mij echter wroeging op. Op de IC ervaar ik dat het zorgen voor patiënten niet altijd met gevoel gebeurt. Soms bestaat mijn werkdag uit het uitvoeren van allerlei handelingen terwijl er geen enkele communicatie met de patiënt heeft plaatsgevonden. Ik betrap mezelf er wel eens op dat ik op de fiets terug naar huis de naam van mijn enige patiënt niet meer kan herinneren.

Deze afstudeerthesis bevraagt wat goede IC zorg zou kunnen zijn en omvat onder andere een fenomenologisch onderzoek naar de ervaring van verpleegkundigen, met het zorgen voor patiënten op een intensive care. Deze ervaringen worden in verband gebracht met verschillende theorieën betreffende dit onderwerp.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

Onze samenleving heeft te maken met grote en snelle technologische ontwikkelingen, die enerzijds ons leven meer kunnen ondersteunen, maar ook complexe (morele) vragen oproepen. Wie is er bijvoorbeeld aansprakelijk wanneer een zelfrijdende auto een botsing veroorzaakt? Is dat de fabrikant van de auto, de inzittende of de softwareontwikkelaar? Moet de software van een robot een ethisch component bevatten om zo te voorkomen dat ze zich tegen mensen kunnen keren? De Europese parlementscommissie heeft zich de afgelopen jaren bezig gehouden met dergelijke vragen op breed maatschappelijk niveau (Kraan, 2017). Ook de zorgsector heeft steeds meer te maken met grote technologische ontwikkelingen, zoals de steeds meer geavanceerde beademingsmachines, nieuwe operatietechnieken met behulp van robots en zelfs de zorgrobot die werk van professionals uit handen neemt (Peters & Frietman, 2011). Mogelijke voordelen hiervan zijn (meer) effectiviteit, betere prognoses en precisie in behandelingen. Toch roept de toepassing van deze technologie ook vragen op, aangezien zorg veelal als mensenwerk wordt beschouwd. Patiënten hebben immers behoefte aan directe contacten, wat niet samen lijkt te gaan met het gebruik van technologie (Peters & Frietman, 2011). Gezien deze snelle technologische ontwikkelingen en de nauwe verbondenheid hierin met de mens, zal er ook nagedacht moeten worden over een herziende ethiek die passend is bij deze nieuwe omstandigheden (Huijer & Smits, 2010).

De IC is bij uitstek een hoogtechnologische omgeving. Apparaten om menselijke organen te ondersteunen of zelfs over te nemen zijn altijd in ontwikkeling (Ashworth, 1990). Ook worden patiënten continu gemonitord (O’Keefe-McCarthy, 2009). Zo heeft het HagaZiekenhuis te Den Haag waar het empirisch onderzoek voor deze thesis is uitgevoerd bijvoorbeeld een level-3 IC. Volgens de richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care afdelingen voor volwassenen in Nederland (2006), is dit het hoogst haalbare niveau in Nederland. Dit houdt in dat er veel verschillende specialisten samenwerken, dat er veel medische technieken gebruikt worden en dat er een opleidingsklimaat is. Een dergelijke IC als die van het HagaZiekenhuis is daarom één van de afdelingen waar de ziekste patiënten van Nederland liggen, en waar gemiddeld veel gebruik gemaakt wordt van technische mogelijkheden. Dankzij de ontwikkelingen in de medische techniek is de kans op het overleven van een IC-opname flink toegenomen (Desai, Law & Needham, 2012). Dit heeft echter wel een keerzijde. Een groot aantal patiënten wordt met langdurige beperkingen in het dagelijks functioneren van de IC ontslagen (Siebel & Schaaf, 2013). Na een opname van minimaal twee dagen op de intensive care, ontwikkelt ruim vijftig procent van de patiënten een post traumatisch stressyndroom ten gevolge van deze opname (Siebel & Schaaf, 2013). In 2012 is dit

voor het eerst omschreven als het Post Intensive Care Syndroom (PICS). (Davidson, Harvey & Schuller, 2013). Het PICS wordt mede veroorzaakt door de negatieve ervaringen van patiënten op een IC (Siebel & Schaaf, 2013). Zo zijn patiënten op een intensive care niet altijd bij bewustzijn, worden ze vaak met perioden in slaap gehouden door toepassing van medicatie, of verkeren in comateuze toestand door hun aandoening (Brink, Lindsen & Uffink, 2009). Daarnaast krijgt tachtig procent van de IC-patiënten te maken met een delier, een kortdurende verwardheid die veroorzaakt wordt door een lichamelijke aandoening (Dubois, Bergeron & Dumont, 2001). Door het beperkte bewustzijnsniveau of het hebben van een delier komt het vaak voor dat IC-patiënten gefixeerd worden om levensbedreigende situaties, zoals het verwijderen van de beademingsbuis of belangrijke infusen, te voorkomen (Brink, Lindsen & Uffink, 2009). Dit fixeren zorgt naast frustratie, agressie en depressie ook voor lichamelijke passiviteit welke kan leiden tot forse achteruitgang van het slaap-waakritme, de stemming en het denkvermogen (Hamers, 2009). In de indrukwekkende documentaire “Uit de tijd gevallen” doen patiënten hun verhaal over hun ervaringen op de intensive care. Hierin komt vooral naar voren dat patiënten behoefte hebben aan persoonlijke aandacht en zorg. Zo vertelt een voormalig patiënt dat hij veel steun ervaarde aan uitleg van de verpleegkundige. Een andere voormalig patiënt geeft aan het oogcontact maken met, en aanraken van de verpleegkundige als prettig te hebben ervaren. Deze zelfde patiënt geeft ook aan het erg naar te hebben gevonden dat er specialisten aan haar bed, over haar spraken, zonder haar bij het gesprek te betrekken (Kruispunt, 2012).

Bovenstaand lezen we over de behoefte van patiënten aan persoonlijke en betrokken zorg. Toch blijkt een bepaalde afstand met de patiënt ook een functie te hebben. Volgens Triflettie (2014) hebben verpleegkundigen minder last van stress en een burn-out, wanneer ze een bepaalde afstand houden met de patiënt. Tevens kan een lichte vorm van dehumanisering leiden tot een betere uitvoering van verpleegtechnische handelingen en geeft dit zo de behandeling meer kans van slagen (Vaes & Muratore, 2012). De kans op overleven kan volgens de onderzoeker Ashworth (1990) zelfs toenemen wanneer de techniek bovengesteld wordt aan de persoonlijke zorg voor de patient. Hoewel dit volgens hem niet automatisch leidt tot goede zorg en het geven van persoonlijke zorg uiteindelijk beter is voor de patiënt, ook al verlaagd dit de kans op overleving (Ashworth, 1990). Daarbij hebben technologieën op een IC de kracht om een afstand te creëren tussen de verpleegkundige en de patiënt, gezien verpleegkundigen de techniek gebruiken als het belangrijkste middel om de klinische patiënten gegevens te interpreteren en te evalueren (O’Keefe-McCarthy, 2009; Price, 2013). O’Keefe-McCarthy (2009) ziet deze afstand niet als goede zorg. Zij wil met haar artikel bewustwording creëren van de kracht van techniek, om te voorkomen dat deze tussen de verpleegkundige en de patient in komt te staan.

Zo bezien krijgt “zorgen met gevoel” een andere lading op een intensive care. Enerzijds wordt verplegend personeel continue geconfronteerd met ernstig zieke mensen en daarmee gepaard gaand lijden. Met als gevolg dat de dominante professionele opvatting is, dat meer afstandelijkere zorg beter passend zou zijn binnen deze specifieke omgeving. Dit wordt nog eens versterkt door het feit dat de IC al een zeer hoogtechnologische omgeving is (en deze mogelijk ook een meer afstandelijke type zorg in de hand werkt).

Anderzijds bevindt de IC-patiënt zich in een zeer kwetsbare situatie, waarbij er juist een sterke behoefte is aan persoonlijke zorg en aandacht. Dit vraagt om een ander soort zorg dan reeds het geval is. Deze studie tracht een bijdrage te leveren aan goede zorg voor mensen op een intensive care. Veel verschillende denkers hebben een definitie geschreven over wat naar hun mening zorg is. De definitie die hier wordt aangehouden is die van Tronto, gezien haar definitie breed toepasbaar is en niet reflecteert op een specifieke praktijk: *“Zorg wordt gezien als een activiteit die alles omvat wat we doen om onze wereld in stand te houden, te onderhouden of te herstellen, zodat we er zo goed*



*mogelijk in kunnen leven*” (Tronto, 1993). Zij neemt hierbij als uitgangspunt de noden van de ander. “Goede zorg” bestaat volgens haar uit vier fasen, die allemaal aan bod moeten komen: zorg vraagt om aandachtigheid (het oog hebben voor), verantwoordelijkheid (het ervoor zorgen dat), competentie (het letterlijke zorgen) en responsiviteit (de reactie op zorgen) (Tronto, 1993).

### **1.3 Wetenschappelijk probleem**

Over de zorg op een intensive care is al veel gepubliceerd, waaronder onderzoek naar het nut van het (vroegtijdig) mobiliseren van IC-patiënten (Vermeer, 2015), het belang van hygiëne voor het herstel van de patiënt (Jelic, Cunningham & Factor, 2008) of onderzoek naar de behoefte aan nazorg voor ex-patiënten. Maar wat in het oog springt, zijn de onderzoeken die laten zien dat ruim vijftig procent van de IC-patiënten die langer dan twee dagen op een IC verblijven, een Post Traumatisch Stress Syndroom ontwikkeld (Siebel & Schaaf, 2013; Davidson, Harvey & Schuller, 2013). Hieruit valt op te maken dat patiënten traumatische ervaringen opdoen op de IC (Siebel & Schaaf, 2013; Kruispunt, 2012).

Ook is er nagedacht over de mogelijke invloed van technologie (en daarmee gepaarde handelingen) op de zorg voor IC-patiënten. Zo wordt genoemd dat de techniek afstand creëert tussen de patiënt en de verpleegkundige, gezien het uitvoeren van technische handelingen veel aandacht en tijd in beslag neemt. De focus verschuift van de patiënt naar de apparaten gezien een klinische blik niet meer gevormd wordt door een blik op de patiënt, maar door het bekijken van getallen op de monitor (O’Keefe-McCarthy, 2009; Price, 2013). Tevens zijn de nadelen van het geven van persoonlijke en betrokken zorg in kaart gebracht, zoals het veroorzaken van stress en een burn-out bij verpleegkundigen (Trifiletti, 2014; Vaes & Muratore, 2012).

Deze studie zoekt naar wat goede zorg is binnen de technologische omgeving van de IC. De IC van het HagaZiekenhuis is nooit eerder onderzocht, terwijl dit juist een hoogtechnologische omgeving is. De zorgethiek is een sub-stroming binnen de ethiek die tracht goede zorg te begrijpen door te kijken naar de specificiteit van situaties. Om te zien wat er speelt in hedendaagse praktijken zou niet een specifieke zorgactiviteit, maar een zorgpraktijk als geheel het uitgangspunt moeten zijn (Leget, Van Nistelrooij & Visse 2017). Om deze reden wordt dit onderzoek gedaan vanuit de zorgethiek.

Zorgethiek onderzoekt door zowel normativiteit als empirisch onderzoek toe te passen, waarbij de empirische toepassing vooral relevant is om de sociale wereld te leren begrijpen zoals deze is (Leget et al, 2009). Een manier om tot empirische kennis te komen is het toepassen van een fenomenologische onderzoeksbenadering. Vanuit een dergelijke fenomenologische onderzoeksbenadering wordt namelijk gezocht naar gemeenschappelijke geleefde ervaringen van individuele personen van een fenomeen. Er wordt hiermee getracht een beter inzicht te krijgen van het betreffende fenomeen (Creswell, 2013). Het fenomeen dat in dit onderzoek bestudeert wordt, is het zorgen voor mensen op de IC. Er zijn verschillende fenomenologische onderzoeken verricht op een intensive care, waaronder bijvoorbeeld een onderzoek naar de patiëntervaringen van geluiden op de IC. Hieruit komt voort dat de vele geluiden vanuit de patiënt gezien enkele positieve effecten heeft, zoals het geven van een veilig gevoel en het ervaren van bewaking. Echter zijn er ook veel negatieve effecten zoals het veroorzaken van slaapttekort, angst, nachtmerries, en verwardheid (Johansson et al., 2012). Ook is er het onderzoek naar het coping vermogen van patiënten op een intensive care, wat weergeeft dat patiënten zich moeilijk aanpassen aan de reële situatie. Vaak schatten ze hun mate van ziek zijn verkeerd in wat onbegrip veroorzaakt (Todres, 2014). Echter zijn deze fenomenologische onderzoeken vooral gericht op ervaringen van patiënten en weinig op de ervaringen van verpleegkundigen, terwijl het in het kader van de vermeende verafstandelijking van de zorg juist interessant zou zijn om deze ervaringen te belichten. Met dit onderzoek wordt daarom

getracht de ervaringen van verpleegkundigen in kaart te brengen, gezien gezocht wordt naar inzichten rondom het zorgen voor patiënten in combinatie met het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen, opdat deze inzichten mogelijk aanwijzingen kunnen geven hoe goede IC zorg te ontsluiten is.

#### **1.4 Vraagstelling**

De vraagstelling betreffende dit onderzoek luidt als volgt: “Hoe ervaren verpleegkundigen de zorg voor patiënten op een intensive care, en wat betekent dit voor goede IC zorg vanuit zorgethisch perspectief?”

1. Wat wordt er verstaan onder goede zorg vanuit zorgethisch perspectief?
2. Hoe ervaren verpleegkundigen de zorg voor patiënten op de intensive care?
3. Welke inzichten levert een zorgethische reflectie op de geleefde ervaringen van verpleegkundigen op?
4. Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor IC-patiënten?

#### **1.5 Doelstelling**

Het doel van deze studie is het krijgen van inzicht te krijgen in wat mogelijk goede zorg zou kunnen betekenen waar het gaat om het (verpleegkundig) zorgen voor patiënten op de intensive care. Door het koppelen van empirische bevindingen aan bestaande theorieën, wordt getracht duidelijkheid te creëren rondom het werken op een intensive care. Mogelijk creëert deze kennis ook meer bewustwording bij IC-verpleegkundigen, waardoor ze kritisch leren kijken naar hun manier van zorgen en hier aandachtsvolle keuzes in kunnen maken. Daarnaast zijn de bevindingen van deze studie mogelijk inspirerend voor verder aanvullend onderzoek.

## 2. Theoretisch kader

---

Dit theoretisch kader omvat de toelichting van centraal staande begrippen en concepten voor dit onderzoek. In de theoretische verkenning worden de begrippen 'zorgethiek', 'zorg en goede zorg', en 'techniek (op de intensive care)' uitgewerkt. Uitleg van deze begrippen is nodig om de vraagstelling beter te begrijpen en te kunnen beantwoorden.

De vakgroep zorgethiek aan de Universiteit van Humanistiek in Utrecht heeft in 2015 een aantal 'critical insights' samengesteld om na te denken over wat goede zorg is, namelijk: relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, practices, kwetsbaarheid, lichamelijke, macht en positie, en zin/betekenis (Utrechtse vakgroep van zorgethici, 2015). Volgens de Utrechtse vakgroep van zorgethici geven deze critical insights een normatief beeld en zorgen ze ervoor dat conceptuele en theoretische discussies aangegaan kunnen worden. In deze conceptuele verkenning zullen drie van deze concepten uitgebreid worden verkend, gezien deze de meeste aansluiting vinden bij dit onderzoek. Dit zijn de concepten 'relationaliteit', 'macht en positie' en 'affectiviteit'.

Naar aanleiding van deze begrippen en concepten zullen een aantal *sensitizing concepts* (richtinggevende begrippen) worden opgesteld die voorts in het empirische deel gebruikt zullen worden ter geleiding.

Voor de uitwerking van de begrippen en concepten wordt met name het werk van Tronto, Noddings en Van Heijst besproken. Tronto (1993) is uniek door haar brede blik op zorg die overal toepasbaar is. Zij heeft als eerste zorg opgevat als zijnde een praktijk en ons geattendeerd op de politieke dimensie van zorg. Noddings was één van de eerste oorspronkelijke zorgethici die mensen als inherent relationeel beschouwde. Daarbij is haar boek "caring" (1984) een veel aangehaald werk in de zorgethische literatuur. Van Heijst is bij uitstek geschikt omdat zij de Nederlandse situatie (ook) bespreekt en hier op reflecteert. Al deze denkers spreken over wederkerigheid in zorg, wat voor dit onderzoek van belang is gezien er getracht wordt een bijdrage te leveren aan de verbetering van patiëntenzorg door middel van ervaringen van verpleegkundigen.

### 2.1 Theoretische verkenning

#### *Zorgethiek*

Zorgethiek is geen op zichzelf staande wetenschappelijke discipline, maar een substroming van de geesteswetenschappen. Het betreft een probleemgestuurde ethiek. In de benadering van morele vragen wordt van concrete praktijken uitgegaan, met daarin relaties die concrete verantwoordelijkheden hebben. Zorg wordt binnen deze ethiek geëvalueerd op basis van responsiviteit. Zorgethiek zoekt naar wat goede zorg is in specifieke particuliere situaties op basis van individuele gerichtheid en de daarbij horende context. Zij is niet zozeer op zoek naar bewijzen, maar heeft oog voor betekenis, zin en belevenis (Utrechtse vakgroep van zorgethici, 2015).

#### *'Zorg' en 'goede zorg'*

Veel verschillende denkers hebben getracht een sluitende definitie te geven over wat zorg zou moeten behelzen. Een van de bekendste en populairste definities is die van Fisher & Tronto, gezien hun definitie breed toepasbaar is en niet reflecteert op een specifieke praktijk: "*Zorg wordt gezien als een activiteit die alles omvat wat we doen om onze wereld in stand te houden, te onderhouden of te herstellen, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven*" (Tronto, 1993). Zij nemen hierbij als uitgangspunt de noden van de ander. Kenmerkend aan Tronto's visie op zorg is dat zij niet enkel het intermenselijke benoemt, maar ook omgeving en dingen belangrijk vindt. Zorg benadert zij niet dyadisch of individualistisch, maar als een houding en praktijk, als een activiteit (Tronto, 1993). 'Goede zorg' bestaat volgens haar uit vier fasen, die allemaal aan bod moeten komen: zorg vraagt om aandachtigheid (het oog hebben voor), verantwoordelijkheid (het ervoor zorgen dat), competentie (het letterlijke zorgen) en responsiviteit (de reactie op zorgen). Daarbij noemt Tronto zorg pas goed als een patiënt het als goed ervaart (Tronto, 1993).

Ook Noddings (1984) noemt zorg pas zorg als je de voltooiing aan ziet komen bij de ander. Zij ziet zorg als een relatie, een relatie die gebaseerd is op ontvankelijkheid. In tegenstelling tot Tronto ziet

zij zorgen echter wél als een dyadisch gebeuren. Noddings definitie van zorg luidt als volgt: “*Zorgen is handelen met speciale achting voor de particuliere persoon in een concrete situatie, gericht op de bescherming of versterking van het welbevinden van de ander*” (Noddings, 1984). Noddings lijkt hiermee meer de emotionele en affectieve kant van zorgen te benadrukken, aangezien zorg volgens haar verbonden is met gevoel en niet te beoordelen van buitenaf. Een zorgrelatie is de relatie tussen de zorgende en de verzorgde. Als voorbeeld gebruikt zij de moeder-kindrelatie. Hierbij begint de moeder met het delen van een gevoel en niet met het analyseren van een probleem. Het gaat niet om het waarnemen van een afstandelijk objectief, maar om het subjectief opgaan in (Noddings, 1984). Noddings gebruikt hiervoor de term ‘engrossment’. Hiermee bedoelt zij een inbeslagname, het aansluiten bij de werkelijkheid van de ander. Engrossment is volgens haar noodzakelijk voor goede zorg, gezien iemands fysieke en persoonlijke situatie begrepen moet worden, voordat de zorgverlener de geschiktheid van de actie kan bepalen. In iedere praktijk en in iedere context is dit verschillend. Gevoelens van empathie zijn volgens Noddings erg belangrijk voor een houding van engrossment. Aandachtigheid geeft de mogelijkheid om een ‘insiders perspectief’ aan te kunnen nemen, zodat engrossment gerealiseerd kan worden. Betrokkenheid en een gevoelsmatige verbondenheid vormen de grondslag van reactieve gevoelens en emoties (Noddings, 1984). De Nederlandse zorgethica Annelies van Heijst geeft in “Menslievende zorg” (2005) haar visie op zorg. Zij ziet zorg als een zorgpraktijk waarin professionals betrokken zijn bij de patiënten die aan hun zorg toevertrouwd zijn. Hierin vindt zij het belangrijk dat er afstemming plaats vindt op/aan de persoonlijke behoeften van de individuele patiënt. Indien noodzakelijk moet de professional in staat zijn af te wijken van procedures en protocollen van de instelling waarbinnen hij werkzaam is (Van Heijst, 2005).

Volgens Van Heijst is het doel van deze manier van zorgen niet het repareren van het lichaam of de geest, maar de patiënt het gevoel te geven dat deze zich niet alleen gelaten, maar gesteund voelt. Niet óf het helpt vindt zij primair aan de orde, maar dat er iemand is die je helpen wil (Van Heijst, 2005). Van Heijst is van mening dat de professionele wereld van de gezondheidszorg eenzijdig ingesteld is op een actieve strijd tegen het lijden. Zij vindt niet dat die strijd gestaakt moet worden, maar wel dat deze kan worden aangevuld met een zorgbenadering die meer licht in de lijn van aanwezigheid. Het lijden moet erkent worden. “Het komt geregeld voor dat leed, pijn en verdriet niet of niet helemaal weg te nemen zijn. Voor mensen die daarmee blijven zitten is het dan extra pijnlijk als professionals dat negeren, en opgewekt optimistisch doen, of hen als hopeloos geval de rug toekeren” (p.66) (Van Heijst, 2008). Van Heijst geeft aan hoe belangrijk het is dat professionals patiënten het gevoel geven dat zij waardevolle en unieke individuen zijn. Men moet erkenning geven aan zorgbehoefte, wat zich uit in het zien staan van iemand en niet alleen in de uitvoering van medische handelingen (Van Heijst, 2008). Nu verkend is wat goede zorg vanuit zorgethisch perspectief zou kunnen betekenen, is het belangrijk om de rol van technologie in de zorg extra te belichten.

#### *Techniek (op de intensive care)*

In het boek “Moralicide” komt naar voren dat de mens en techniek niet als twee aparte entiteiten moet worden beschouwd, maar onafscheidelijk samen op pad gaan. Dit wordt ook wel een ‘versmelting’ genoemd. Er is namelijk nauwelijks nog onderscheid tussen beide te vinden en er ontstaan continu nieuwe technische mogelijkheden om in te grijpen in de mens. Huijer en Smits gebruiken onder andere het voorbeeld van een persoon die doof is. Wanneer een doof persoon weer iets kan horen dankzij een gehoorapparaatje in de vorm van een implantaat dat rechtstreek op de zenuw is aangesloten, is dat ‘horen’ een gemeenschappelijke activiteit van mens en technologie. De hele configuratie hoort, en niet enkel een mens die dat doet dankzij de techniek. Daarbij zijn technologieën altijd al bewuste of onbewuste projecties van de menselijke organen. Zoals een hamer een projectie is in de vorm van de vuist in het organische gebied, en de zaag een projectie is van het gebit (Huijer & Smits, 2010).

Omdat de mens en de techniek zo met elkaar verweven zijn, concluderen Huijer en Smits dan ook dat moraal niet langer buiten de technologie kan bestaan. Volgens hen vraagt iedere benadering van

techniek daarom om een andere vorm van ethiek om zo de nieuwe technologieën te begeleiden. Huijjer & Smits stellen dat in plaats van techniek en mens als gescheiden te zien en hierop een ethiek toe te passen, het constructiever is om mensen zich (en hun verantwoordelijkheden) te laten verhouden tot de (inherente) verwevenheid met techniek. Met andere woorden: mensen moeten hun bestaan als het ware vorm geven in relatie tot technologie.

Om technologie als verweven met menselijke handelingen te zien heeft natuurlijk ook gevolgen voor hoe de rol van technologie op een IC gezien kan worden. Zo stelt O'Keefe-McCarthy (2013) dat door de overweldigende technische mogelijkheden op de IC, de techniek hier de kracht heeft om de verpleegkundige zorg substantieel vorm te geven, waarbij zowel de morele en sociale dynamiek tussen de verpleegkundige en de patiënt verandert. Volgen haar gebruiken verpleegkundigen techniek (zoals bijvoorbeeld een hartmonitor) als het belangrijkste middel om de klinische patiënten gegevens te interpreteren en te evalueren, in plaats van (ook) naar de patiënt zélf te kijken. Hierdoor creëert de techniek niet alleen een afstand tussen de verpleegkundige en de patiënt, maar kan het verkeerd gebruiken van technieken ook voor een negatieve invloed op de patiëntenzorg zorgen, en op het beeld dat verpleegkundigen vormen van hun patiënten, doordat het de ziektebeleving van de patiënt op deze wijze categoriseert en marginaliseert. Door het creëren van meer bewustzijn van de invloeden van medische technieken, hoopt O'Keefe-McCarthy dat verpleegkundigen toch de mens in het midden plaatsen in de zorgpraktijk en zo een goed moraal hanteren.

Het (bewust of onbewust) creëren van een afstand met de patiënt kan echter ook een functie te hebben. Uit onderzoek van Vaes & Muratore (2012) blijkt namelijk dat verpleegkundigen sneller stress ervaren of verschijnselen tonen van een burn-out, bij het blootstellen aan emoties van patiënten. Subtiele vormen van dehumanisering zouden functioneel zijn voor het welzijn van verpleegkundigen bij het verzorgen van patiënten, waarbij verlies en lijden een harde realiteit is. De bevindingen van Trifiletti et al. (2014) sluiten hier thans bij aan. Ook hun onderzoek toont aan dat verpleegkundigen sneller symptomen van stress, zoals een hoge bloeddruk, hartkloppingen, hoofdpijn, angst, geheugenproblemen en een verminderd zelfbeeld ervaren bij frequent contact met lijdende patiënten (Trifiletti et al., 2014).

Mensen zouden dus hun bestaan vorm moeten geven in relatie tot technologie (Huijjer & Smits, 2010). Dit blijkt echter niet zo makkelijk te zijn op een IC waar de techniek de kracht heeft om een afstand te creëren tussen de verpleegkundige en de patiënt (O'Keefe-McCarthy, 2013) en waar deze afstand ook een gunstig effect heeft, namelijk het verminderen van stress en het verkleinen van de kans op een burn-out bij verplegend personeel (Vaes & Muratore, 2012; Trifiletti et al., 2014). In de volgende paragraaf worden de centrale concepten 'relationaliteit', 'macht en positie' en affectiviteit uitgewerkt om het probleem vanuit een zorgethische bril te bekijken.

## **2.2. Drie centrale concepten uitgelicht**

### *Relationaliteit*

Dat de zorgrelatie belangrijk is in de zorg moge duidelijk zijn. Maar relationaliteit gaat nog veel verder dan dat. Mensen, organisaties en gemeenschappen worden door verschillende zorgethische denkers namelijk als fundamenteel relationeel beschouwd en zijn hiermee dus ook onderling afhankelijk van elkaar. Zo stelt Tronto bijvoorbeeld dat de mens beschouwd moet worden als zijnde relationeel en onderling afhankelijk met een meer of mindere mate van zorgbehoefte, zij spreekt hier ook wel over interdependentie. Tronto benadrukt dat we sámen in deze wereld leven en dat we ook met elkaar de samenleving zo goed mogelijk in stand moeten houden (Tronto, 1993). Zorg is dus niet zo zeer een handeling, maar een praktijk, welke ingebed is in sociale praktijken en relationele netwerken. De relatie kan hier als bron gezien worden van kennis voor de praktijk, zij laat namelijk zien wat iemand nodig heeft en in welke mate. De relatie is ook een waarde, gezien het de plek is waar mensen zorg en erkenning ontvangen. De ander kan zo niet alleen als functionele werknemer verschijnen, maar ook als mens (Klaver et al, 2013).

Volgens Noddings (1984) draait het bij zorg juist om de relatie tussen de zorgverlener en de zorgvrager. Deze relatie noemt zij een relatie van ontvankelijkheid. Iedereen zou de ander als zorgverlener tegemoet moeten komen. Mensen zijn namelijk relationele wezens en hebben altijd

zorg nodig. Noddings stelt het welbevinden van de ander voorop. Zorgen is handelen met speciale achting voor de particuliere persoon in een concrete situatie, gericht op bescherming of versterking van het welbevinden van de ander (Noddings, 1984).

Van Heijst (2008) heeft het daarentegen over een wederzijdse relatie. Ondanks de asymmetrie in de zorgrelatie zijn zowel de zorgvrager als de zorgverlener kwetsbaar en hebben ze beiden behoefte aan erkenning. De zorgverlener is niet alleen professional, maar ook medemens. Een zorgrelatie gaat volgens Van Heijst dus altijd over een wisselwerking tussen de zorgverlener en de zorgontvanger en levert beide iets op. De mens heeft namelijk anderen nodig om een zinvol leven te kunnen leiden. Zij gaat uit van onderlinge afhankelijkheid, zodat zowel autonome aspecten als aspecten van verbondenheid tot hun recht komen. Ieder mens heeft op zijn tijd behoefte aan zorg (Van Heijst, 2008). Van Heijst geeft aan dat zorg moet ontstaan uit mededogen, interesse en plezier in mensen. Volgens haar is zorg geen daad, maar een betrekking. Binnen deze betrekking worden dingen gedaan. Zorgen gaat volgens haar over de relatie tussen mensen, dus ook wanneer dit buiten de grenzen van het medische landschap valt.

Ondanks deze verschillende gedachten over een zorgrelatie, komt het erop neer dat een zorgrelatie hoe dan ook onmisbaar is bij het geven van zorg. Wanneer een koppeling gemaakt wordt naar de bovenstaande paragraaf waar omschreven staat hoe technologieën op een IC tussen de verpleegkundige en de patiënt in kunnen komen te staan, ontstaat de vraag naar hoe zo'n zorgrelatie eruit ziet op een IC. Mogelijk volgt het antwoord uit de bevindingen van het empirische gedeelte van deze studie.

#### *Macht en positie – verantwoordelijkheid*

De zorgethiek heeft het niet zo zeer over (universele) plichten, maar over verantwoordelijkheden van mensen. Maar hoe wordt verantwoordelijkheid gezien met betrekking tot het geven van goede zorg? Tronto streeft naar een democratische samenleving waarin zorg centraal staat, maar vindt ook dat 'zorgen' meer democratisch moet worden. Er zou een rechtvaardige en eerlijke verdeling van macht moeten komen om verantwoordelijkheden van 'zorgen' toe te kunnen wijzen (Tronto, 1993). Tronto benadrukt het zorgen vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel. Zorg is breed en zit overal in. Iedereen moet betrokken worden bij het opbouwen en onderhouden van de samenleving, zo voelt iedereen zich voor een stukje verantwoordelijk. Tronto ziet onderscheid tussen een verplichting en een verantwoordelijkheid tot zorgen. Een verplichting ontstaat vanuit formele regelgeving en verantwoordelijkheid en komt voort uit antropologische, culturele en sociale praktijken. Ze verbindt deze verantwoordelijkheid met de eerste twee fasen van haar eerder genoemde zorgmodel, namelijk aandachtigheid (fase één) en verantwoordelijkheid (fase twee). De eerste fase staat voor het zien van andermans noden. De tweede fase staat voor het op zich nemen van de verantwoordelijkheid. Tronto ziet dit als een centraal moreel, maar ook problematisch concept. Het dient namelijk continu beoordeeld te worden. Noddings maakt onderscheid tussen 'natuurlijk zorgen' en 'ethisch zorgen'. Het 'natuurlijk zorgen' gebeurt automatisch, vanuit een natuurlijk gevoel. Het 'ethisch zorgen' gebeurt omdat het moet vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel. Bij beiden speelt de eigen wens een rol. Je doet het namelijk of vanuit natuurlijkheden, of vanuit de ethische keuze passend bij het ethische ideaal van zorgverlener zijn. Van Heijst vindt het zien van andermans noden en het respons hierop ook belangrijk. Hiervoor is aandachtigheid nodig voor de ander. Mensen moeten de ander zien staan, in de onderliggende laag heeft ieder mens namelijk een gelijke behoefte aan zorg. De zorgverlener en de zorgontvanger staan niet als vreemden tegenover elkaar, maar als medemensen voor wie ze willen zorgen en waarin affiniteit een rol speelt. Van Heijst vindt morele respons op andermans behoefte niet slechts 'natuurlijk'. Zo'n morele respons is altijd institutioneel en sociaal ingebed, wat mede het gevoel medieert. Verpleegkundigen zullen zich zo ook laten leiden door de verplichtingen die ze formeel hebben.

Goodin (1986) omschrijft in zijn boek "Protecting the vulnerable" heel mooi dat je uit de macht om een persoon te kunnen schaden, automatisch de morele verplichting hebt om deze afhankelijke en kwetsbare persoon te beschermen. De kwetsbaarheid van anderen ziet hij als morele basis voor onze

handelingen. Wel geldt dit naar zijn zeggen alleen wanneer de ander kwetsbaar is vanwege jouw handelingen (Goodin, 1986).

### *Affectiviteit*

Omdat de IC een plek is waarbij het tonen van emotie soms juist onderdruk wordt, is het relevant om het concept affectiviteit verder te verkennen vanuit zorgethisch perspectief. Volgens Noddings (1984) gaat affectieve geraaktheid verder dan een optredende emotie. Emoties zijn volgens haar niet reflectief. De reflectie op de emotie kan in een affectieve geraaktheid resulteren en is afhankelijk van de context of omgeving. Noddings maakt onderscheid tussen een non-reflectieve en reflectieve modus van bewustzijn. Enkel de optredende emotie is non-reflectief, het overkomt je. Om affectief geraakt te kunnen worden, moet je eerst iemand affectief kunnen ontvangen. Er moet een opening gecreëerd worden voor het aangaan van een zorgrelatie. Volgens Noddings moet een affectieve-receptieve modus niet gezien worden als een bewustzijnsdegradatie, maar als een ontvankelijke houding waarin nog geen structuur is gegeven aan de wereld om ons heen. Zoals eerder staat omschreven spreekt Noddings over het begrip “engrossment” waarbij volledig opgegaan wordt in de ander. Gevoelens als empathie acht zij hierbij als zeer belangrijk. Aandachtigheid, betrokkenheid bij de ander en een gevoelsmatige verbondenheid zijn de grondslag voor reactieve emoties en gevoelens.

Ricard (2015) omschrijft in zijn boek “Altruïsme” wat de voordelen van empathische gevoelens zijn. Deze gevoelens heeft een mens nodig om het gedrag van anderen te voorspellen. Men heeft waargenomen dat het delen van emoties met een medemens, reacties opwekt die beter aansluiten bij diens behoeften en emoties. Daarbij maken empathische gevoelens het voor mensen mogelijk om nuttige kennis van de omgeving op te doen. Wanneer bijvoorbeeld pijn waargenomen wordt bij het branden van iemands vingers, wordt er door de waarnemer vanzelf een afkeer gecreëerd voor datgene dat de pijn heeft veroorzaakt, zonder zelf de pijn van een brandwond te ervaren. Empathische gevoelens zijn zo een effectief middel om de omgeving te kunnen beoordelen. Tevens schrijft Ricard dat zorgverleners door blootstelling aan lijdende patiënten zelf ook lijden. Dit door empathische gevoelens veroorzaakte lijden is reëel. Neurowetenschappelijk onderzoek toont aan dat de betreffende hersengebieden die in verband staan met het voelen van pijn of lijden daarbij worden geactiveerd. Het teveel blootstellen aan andermans lijden heeft emotionele uitputting in de vorm van een burn-out tot gevolg. Medisch personeel dat gevoelig is voor een burn-out, hebben de neiging patiënten niet meer als personen te zien uit zelfbescherming (Ricard, 2015). De waarden medemenselijkheid en menswaardigheid doen ertoe binnen zorgpraktijken.

Ook Van Heijst (2005) vindt affectiviteit in zorg erg belangrijk. Zorg moet bestaan uit “menslievende professionaliteit”. Dit is zorgen uit mededogen, ofwel geraakt zijn door andermans leed en daaruit opmaken dat je iets voor hen wilt doen, én interesse en plezier in mensen. (Van Heijst, 2005, p. 392).

### **2.3 Conclusie**

Het bovenstaande theoretisch kader geeft inzicht in de complexiteit rondom het zorgen voor patiënten op een intensive care. Zo laat het boek “Moralicide” zien dat technologie niet zonder meer kan worden gezien als een fenomeen dat los staat van de mens en daarmee ethisch neutraal is: nee, de mens lijkt zich juist steeds meer te versmelten met de techniek. Iedere andere benadering van techniek vraagt daarom om een andere vorm van ethiek om zo de nieuwe technologieën te begeleiden. Voor zover dat mogelijk is, zullen wij als mensen ons moeten proberen te verhouden tot (nieuwe) technologieën en ons bestaan zo goed mogelijk proberen vorm te geven in relatie tot technologie (Huijer & Smits, 2010). Dit blijkt evenwel niet zo makkelijk te zijn op de intensive care aangezien een intensive care te maken heeft met overweldigende technische mogelijkheden en voor meer afstand kan zorgen, die tegelijkertijd ook een beschermende functie voor verpleegkundigen blijkt te hebben.

Het geven van goede zorg op een intensive care is hierom moeilijk, gezien goede zorg volgens verschillende zorg ethische denkers voornamelijk berust op persoonlijke aandacht en betrokkenheid in deze zorg. Zo vindt Tronto (1993) het zien van elkaars noden erg belangrijk door middel van



aandachtigheid, en vindt Noddings (1984) engrossment noodzakelijk waarbij zij gevoelens van empathie als nodig acht. Van Heijst benadrukt het geven van menslievende professionaliteit wat bestaat uit mededogen, ofwel geraakt zijn door andermans leed en daaruit opmaken dat je iets voor hen wilt doen, én interesse en plezier in mensen.

Wel benadrukken deze zorgethische denkers ook de rol van de zorgverlener. Zorg moet wederkerig zijn. Tronto spreekt over interdependentie en benadrukt een onderlinge afhankelijkheid, Noddings vindt naast engrossment eigen herinneringen aan zorgen en verzorgd worden belangrijk en Van Heijst spreekt niet alleen over erkenning van de patiënt, maar ook van de professional (Van Heijst, 2008). 'In het empirische gedeelte van dit onderzoek, wordt gekeken naar de ervaringen van verpleegkundigen met het zorgen voor patiënten op een intensive care, met op de achtergrond de zorgethische inzichten opgedaan in dit gedeelte. Na het bestuderen van de ervaringen worden theorie en empirie naast elkaar gelegd om zo mogelijk tot nieuwe inzichten te komen.

### 2.3 Sensitizing concepts

Bij fenomenologisch onderzoek wordt geprobeerd zo open mogelijk te onderzoeken. Dit wil niet zeggen dat er helemaal geen sturing gegeven kan worden. Onderstaande begrippen komen uit het theoretisch kader en geven een bepaalde kijkrichting om de data te bestuderen. Deze worden ook gebruikt om tijdens de dataverzameling toch gevoelig te blijven voor het onderwerp (Patton, 2002). De *critical insights* 'relationaliteit', 'verantwoordelijkheid' en 'affectiviteit' zoals besproken in het bovenstaande staan hierbij centraal.

Macht	Geweten	Empathisch vermogen	Kwetsbaarheid
Relaties	Noden	Afhankelijkheid	Verantwoordelijkheid
Interdependentie	Emoties	Beperkingen	Zingeving
Responsiviteit	Geraaktheid	Werkdruk	Gevoelens

## 3. Methode

---

### 3.1 Onderzoeksbenadering

Door het gebruik van empirisch onderzoek wordt getracht de sociale wereld te begrijpen zoals deze is. Met het reflecteren op het normativiteit wordt er een poging gedaan de wereld te begrijpen zoals deze zou moeten zijn (Leget et al, 2009). De theoretische inzichten die zijn opgedaan in het theoretische kader, kunnen richting geven aan reflectie op wat goede zorg zou kunnen behelzen. Om tot empirische kennis te komen is voor deze studie gekozen voor een fenomenologische onderzoeksbenadering. Door empirie en normativiteit met elkaar in gesprek te brengen kunnen we meer te weten te komen over wat het goede is om te doen gegeven deze specifieke situatie (in dit geval de IC).

Fenomenologie is een filosofie en tegelijkertijd een methode die gebruikt wordt om het sociale leven te onderzoeken (Johnson & Parry, 2015). Fenomenologie wordt door Patton (2002) beschreven als een onderzoek naar de essentie, betekenis en mening van een ervaring voor een persoon. Volgens hem geven mensen betekenis aan verschillende ervaringen. Vanuit de fenomenologie wordt geprobeerd een beter inzicht van een fenomeen in kaart te brengen door te zoeken naar gemeenschappelijke “geleefde ervaringen” van individuen over een fenomeen (Creswell, 2013). Onder een geleefde ervaring kan zoveel worden verstaan als datgene dat de ervaring van ons lichaam, onze relaties en onszelf omvat (Finlay, 2008). De onderzoeker probeert te ontdekken hoe respondenten het beoogde fenomeen beschrijven, zien, wat voor gevoel het oproept, met welke herinneringen het verbonden is, hoe ze het ruiken, lijfelijk ervaren of begrijpen (Patton, 2002). Om dit te kunnen onderzoeken moet volgens Patton de respondent altijd in acht worden genomen. De onderzoeker moet nagaan hoe het fenomeen zich als geleefde ervaring heeft voorgedaan aan de respondent (Patton, 2002). Om deze essentie van de ervaring te ontdekken is in dit onderzoek een interpretatieve fenomenologie toegepast, welke voortkomt uit het gedachtegoed van de filosoof Martin Heidegger. Hij noemt iedere vorm van het menselijk bewustzijn interpretatief (van Manen, 2005). Deze interpretatieve fenomenologische onderzoeksbenadering probeert betekenis te geven aan het fenomeen dat onderzocht wordt (Johnson & Parry, 2015). Deze studie tracht het fenomeen “zorgen” voor patiënten op een intensive care te interpreteren door middel van de ervaringen van verpleegkundigen.

### 3.2 Onderzoeksmethode

Voor de interpretatie van de geleefde ervaringen wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde IPA-methode. *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) is een interpretatieve fenomenologische onderzoeksmethode, ontwikkeld door J. A. Smith (2008). Deze kwalitatieve methode is met name geschikt voor dit onderzoek, gezien deze zich richt op het ontdekken hoe een persoon een fenomeen ervaart, begrijpt en interpreteert (Smith & Osborn, 2008). Volgens Smith & Osborn wordt binnen deze methode uitgegaan van een actieve rol van de onderzoeker. De onderzoeker moet proberen een ‘insiders perspectief’ aan te nemen, om de belevingswereld van de participant zo goed mogelijk te kunnen begrijpen. De eigen wereld van de onderzoeker is daarbij altijd aanwezig. Om de eigen ervaring te kunnen scheiden van de ervaring van de participant, is het belangrijk deze eigen interpretaties op te vangen in notities (Smith & Osborn, 2008). Naast een (voorafgaande aan het onderzoek geschreven) persoonlijke reflectie (bijlage 1), worden in dit onderzoek eigen opvattingen tussen haakjes gezet door middel van “*bracketing*”. Dit vormt een hulpmiddel voor de onderzoeker, zodat deze zich zo goed mogelijk kan concentreren op het wezen van het fenomeen (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2016).

### 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Bij een toepassing van de IPA-methode is het gebruikelijk om niet te veel respondenten te includeren in de studie, om zo ruimte te scheppen voor een diepgaande analyse (Biggerstaf & Thompson, 2008). Voor dit onderzoek zijn zes verpleegkundigen geïnterviewd die allen werkzaam zijn op de intensive care van het HagaZiekenhuis locatie Leyweg. Gezien zorgethiek zich op specifieke praktijken richt

(visie Utrechtse vakgroep van zorgethici, 2015), is besloten voor het onderzoek enkel respondenten van één locatie te interviewen. De respondenten zijn uit praktische overwegingen willekeurig gekozen collega's, die op dat moment beschikbaar waren. Dit had als voordeel dat de onderzoeker geen voorkeur uit heeft kunnen spreken voor bepaalde collega's. Hierdoor heeft er geen sturing plaats gevonden in de onderzoekseenheid. De transcripten zijn volledig geanonimiseerd. Dat houdt in dat er geen persoonsgebonden gegevens in vermeld staan, zoals de leeftijd, de naam en het geslacht.

### 3.4 Dataverzameling

Volgens Paton (2002) is het belangrijk dat de geleefde ervaringen goed beschreven worden, zodat deze beschrijving de ervaringen verrijkt. Het blijkt moeilijk te zijn voor een onderzoeker om goede data te verkrijgen waar de essentie van de geleefde ervaringen uitgehaald kan worden. Om dit mogelijk te maken zijn volgens Patton diepte interviews geschikt (Paton 2002). De empirische data van dit onderzoek is verkregen uit open interviews. De eerste interviews zijn uitgevoerd met wat meer sturende vragen, wegens gebrek aan ervaring van de onderzoeker. Gezien binnen de IPA-methode de ervaringen van de respondent centraal staan, moet het interview niet begrenst worden door een bepaald interviewkader (Biggerstaff & Thompson, 2008). Tijdens de laatste vier interviews is dan ook getracht deze sturing los te laten. De verkregen data werd steeds rijker naarmate de ervaring van de onderzoeker toenam. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd met toestemming van de respondenten.

### 3.5 Data-analyse

In tabel 1.1 is in stappen weergegeven hoe de data-analyse is uitgevoerd.

Stappenaantal	Uitvoering
Stap 1	Met expliciete toestemming van de respondent is ieder interview opgenomen. Deze geluidsopnames zijn de interviews omgezet in transcripten, waarna de opnames zijn gewist.
Stap 2	De transcripten zijn gedownload in het programma Atlas.Ti7. Dit programma is gebruikt voor de codering van de interviews. De analyse is in 3 coderingsfasen uitgevoerd naar de benadering van Boeije (2014). De eerste fase bestaat uit het open coderen. Hierbij zijn de tekstfragmenten van open codes voorzien.
Stap 3	Tijdens het open coderen zijn de eigen opvattingen en ideeën "tussen haakjes" gezet (bracketing) (Paton, 2002). Deze opvattingen zijn met een medestudent bestudeerd en bediscussieerd om zo dicht mogelijk bij de daadwerkelijke geleefde ervaring van de respondent te komen.
Stap 4	De tweede fase bestaat uit het axiaal coderen (Boeije, 2014). Hier is verdere structuur aangebracht aan de codes onder te verdelen in verschillende categorieën.
Stap 5	De derde fase bestaat uit een selectieve codering (Boeije 2014). Hier is opnieuw structuur aangebracht en zijn de codes en categorieën samengebracht tot thema's. De volledige codetabel is te vinden in de bijlage (Bijlage 3).
Stap 6	Na het schrijven van de bevindingen is een membercheck uitgevoerd. Dit houdt in dat de verkregen resultaten uit het onderzoek zijn voorgelegd aan de respondent zodat deze de kans krijgt om op- en aanmerkingen te maken, wat de kwaliteit van de bevindingen ten goede kan komen (Boeije, 2014). In deze studie zijn de resultaten in zijn geheel voorgelegd aan alle respondenten. Hieruit bleek dat alle respondenten zich konden herkennen en geen op- of aanmerkingen hadden. Het had nauwkeuriger geweest om per respondent de resultaten voor te leggen en te bespreken, dit is helaas wegens tijdsdruk niet aan bod gekomen.

Tabel 1.1 data-analyse

### 3.6 Fasering

De fasering (bijlage 2) laat de tijdsplanning zien van dit onderzoek. Hierin zijn vier fasen doorlopen; voorbereiding, materiaalverzameling, materiaalanalyse en rapportage (Oost & Markenhof, 2014).

### 3.7 Ethische overwegingen

Voorafgaand aan ieder interview is een korte brief voorgelezen waarin toestemming gevraagd werd voor het maken van geluidsopnames. Hierbij is beloofd deze opnames zo spoedig mogelijk om te zetten in anonieme transcripten, waarna de opnames gewist werden. De transcripten zijn uiteraard zodanig geanonimiseerd dat de respondenten niet te herleiden zijn.

### 3.8 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van het onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen, kent het uitgevoerde onderzoek een aantal kwaliteitsmaatregelen. In tabel 1.2 staan de kwaliteitsmaatregelen beschreven die voorafgaand aan het onderzoek zijn toegepast. In hoofdstuk zeven wordt gereflecteerd op de uitvoering van het onderzoek. Een aantal van de onderstaande begrippen zijn eerder aan bod gekomen, maar worden hier herhaald omdat ze ook behoren tot de kwaliteitsmaatregelen.

Kwaliteitsmaatregel	Uitvoering
1. Digitalisering	De volledige analyse is gedigitaliseerd, wat het onderzoek transparant en navolgbaar maakt. De codetabel is terug te vinden in bijlage 3.
2. Persoonlijke reflectie	Om de eigen ervaring te kunnen scheiden van de ervaring van de participant is het belangrijk deze eigen interpretaties op te vangen in notities (Smith & Osborn, 2008). Om deze reden is een persoonlijke reflectie geschreven voorafgaande aan het onderzoek (bijlage 1).
3. Bracketing	Tijdens het open coderen zijn de eigen opvattingen en ideeën “tussen haakjes” gezet (bracketing) (Paton, 2002). Deze opvattingen zijn met een medestudent bestudeerd en bediscussieerd om zo dicht mogelijk bij de daadwerkelijke geleefde ervaring van de respondent te komen.
4. Open interviews	Een bedreiging voor de validiteit van het onderzoek kan zijn dat de gegevens van de respondent door de onderzoeker in een bepaalde richting worden geïnterpreteerd (Boeije, 2005). De onderzoeker heeft weinig ervaring met interviewen en heeft om deze reden de interviews onder strakke begeleiding van een docent uitgevoerd. De eerste interviews zijn uitgebreid besproken en het gegeven feedback is verwerkt in het uitvoeren van de daarop volgende interviews.
5. Eigen werkomgeving	Voor de waarborging van de validiteit is het van belang dat de onderzoeker betrokken is bij de respondenten, zodat ze zich volledig open kunnen stellen. Toch zitten er ook grenzen aan deze betrokkenheid. Wanneer de onderzoeker te veel op gaat in de belevingswereld van de respondent kan zijn kritische blik afnemen (Boeije, 2005). De onderzoeker in deze studie is werkzaam binnen de onderzoekspraktijk en de respondenten bestaan uit eigen collega's. Om de betrokkenheid te begrenzen heeft de onderzoeker de interviews opgenomen met haar telefoon en thuis opnieuw geluisterd en getranscribeerd.
6. Triangulatie	Ten behoeve van de geldigheid van het onderzoek is een onderzoekstriangulatie toegepast, waarbij metingen verricht worden vanuit verschillende invalshoeken (Boeije, 2005). De onderzoeker heeft de data gecodeerd samen met een medestudent, onder begeleiding van een universitair docent.
7. Membercheck	Een membercheck houdt in dat de verkregen resultaten uit het onderzoek zijn voorgelegd aan de respondent zodat deze eventueel op- en aanmerkingen kan maken, wat de kwaliteit van de bevindingen ten goede

	kan komt (Boeije, 2014). Tijdens deze studie zijn de resultaten voorgelegd aan de respondenten.
--	---

*Tabel 1.2, kwaliteitsmaatregelen*

## 4. Bevindingen

---

Op basis van de analyse van de interviews zijn vier relevante thema's ontstaan: "De relatie met de patiënt", "Het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundige", "De technologische omgeving van de IC" en "Gevoelens van verpleegkundigen".

### 4.1 De relatie met de patiënt

De geïnterviewde verpleegkundigen hechten veel waarde aan de relatie die ze hebben met hun patiënt en zijn of haar familie. Vaak wordt dat uitgelegd in termen van een 'klik'. Wat deze klik dan precies inhoudt wordt niet altijd duidelijk, al kan dat bijvoorbeeld in hele kleine dingen zitten: "...oogcontact [is] soms al ontzettend veel waard. Dat voel je soms heel sterk. Zo sterk dat ... dat je er zelf bijna emotioneel van wordt [en] dat je denkt... oké het is goed zo. Want... de andere kant is dus dat je elkaar dus totaal niet begrijpt". (R2). Een respondent spreekt van een soort wederzijds begrip: "dat ze je een voldaan en bevredigend gevoel kunnen geven in de zin van dat ze connectie voelen. Zo van oké, wij snappen elkaar toch ondanks alles. Ondanks dat we niet met elkaar kunnen praten, begrijpen wij elkaar toch en voelt die patiënt zich ook gehoord. Dat geeft mij een goed gevoel en dan heb je ook een bepaalde vorm van intimiteit". (R2). Tegelijkertijd wordt hiermee ook direct duidelijk dat de communicatie met zieke patiënten op de intensive care vaak zeer moeizaam verloopt. Zo hebben verschillende respondenten veel moeite met het feit dat ze helemaal niet kunnen communiceren, of voelen ze frustratie wanneer er een poging wordt gedaan te communiceren, maar deze communicatie niet lukt. Een respondent geeft aan dat dit haar "gewoon veel energie [kost]... Je raakt gewoon wat sneller geïrriteerd.. je bent veel langer met die mensen bezig omdat ze niet begrijpen wat je wilt". (R3). Een andere respondent geeft zich aan zelfs te schamen wanneer een patiënt haar niet begrijpt: "...ik schaam me dan gewoon een beetje omdat je dan soms gewoon weg moet lopen, dat zit eigenlijk niet in je natuur, om zo een gesprek te beëindigen". (R4). In zo'n geval ervaren respondenten dat ze hun patiënten te kort doen. Dat kan komen door de ervaren moeite met communiceren, maar ook door tijdsdruk, zoals een respondent aangeeft: "...als er...hoge werkdruk is, dan heb ik niet altijd het gevoel dat ik de zorg kan bieden die ik zou willen bieden...Dan verricht je gewoon de hoognodige zorg en dan hoop je maar dat je het goed doet allemaal...ik vind het lastig dat je er dan soms totaal niet bent voor je patiënt". (R4). Daarnaast wordt medische zorg niet altijd als goede zorg ervaren, maar wel als noodzakelijk: ". "Wij geven natuurlijk vooral medische zorg. Ik weet niet of ik dat goede zorg vind eigenlijk. Het is wel nodig hoor, anders ligt iemand natuurlijk niet op een intensive care. Maar medische zorg is denk ik niet perse goede zorg nee. Omdat eh... ja omdat je met mensen te maken hebt...". (R4). Zo spreekt een andere respondent over acute situaties: "Mensen komen vaak zo slecht binnen.. Je moet snel handelen terwijl je niet weet wie deze persoon is, wat deze persoon wil, soms weet je niet eens wat de medische voorgeschiedenis is. Soms kom je er dan achteraf achter dat iemand al die handelingen misschien niet had gewild..". Dezelfde respondent geeft aan dat het ook met iets anders te maken kan hebben: "Als het druk is kun je makkelijk even wat sneller handelen. (...) Of te wel je kan wel eens, ik kan wel eens gemakzuchtig zijn. (...) Soms voel ik zo'n innerlijke strijd met mezelf. Dan sta ik met mijn rug naar ze toe en dan denk ik... kom, draai je om. Ga gewoon het gesprek met ze aan, vraag of ze goed liggen, of ze pijn hebben, of ze alles nog vol houden."(R6). Verschillende respondenten geven aan dat ze het belangrijk om de mens achter de patiënt te blijven zien, ook al gaat dit soms gepaard met emoties die niet altijd als wenselijk worden beschouwd: "Soms gaat zo'n patiënt echt door periodes heen...dat is gewoon niet om aan te zien. Daar moet je maar niet teveel bij nadenken.. Het werk wordt daar niet makkelijker van". (R3) Een andere respondent spreekt van "energie [die] soms weg wordt gehaald door... het inleven in mensen". (R5). Een van de manieren om hiermee om te gaan is om je dan minder empathisch op te stellen: "Je hebt collega's die niet empathisch zijn. Dit.. kan ook...

een soort vlucht zijn. Want die gevoelens zijn niet fijn. Soms ben ik bang een patiënt niet te begrijpen en frustreert dat heel erg, dan probeer ik het maar niet eens. Dan loop je.. weg.. en probeer je er niet te veel aan te denken". (R1).

Het is de continue strijd tussen enerzijds een klik (willen) hebben, een goede relatie (kunnen) opbouwen en anderzijds je niet te veel willen laten wegslepen hierdoor, zoals een respondent aangeeft: "Dat vind ik het mooiste van het vak. Dat je relatie met de patiënt en de familie gewoon goed is. Dat kan ook wel te ver gaan hoor, pas had ik een familie die slecht nieuws kreeg. Er werd verteld dat die patiënt kwam te overlijden. Ik had zo'n goeie klik met die familie en het raakte mij zo erg dat ik ook moest huilen. Toen ben ik snel weggelopen, dat wil ik echt niet". (R5).

#### **4.2 Het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundige**

De IC-verpleegkundige heeft vaak het gevoel het voor de patiënt op te moeten nemen tegenover alle anderen partijen, zoals andere disciplines en familie. IC-verpleegkundigen voelen zich erg verantwoordelijk voor hun patiënten. Een respondent noemt dit letterlijk een advocaat zijn van de patiënt: "Dat je als verpleegkundige advocaat van je patiënt moet zijn. (...) Jij moet dan als verpleegkundige, als je het ergens niet mee eens bent of... kijken naar de patiënt en jij moet dan denken wat zou deze meneer willen zeggen". (R1). Of een soort buffer: "Soms functioneer je dan soort als buffer tussen de patiënt en medici of andere disciplines. Dat eh... is het lezen van wat de patiënt belangrijk vindt". (R6). De positie als IC-verpleegkundige voelt als de aangewezen positie om de behoeften van de patiënt te kunnen lezen. Dit wordt tevens ook gezien als de juiste positie om de patiënt bij te staan: "Uiteindelijk denk ik dat dat een heel belangrijk iets is wat ik vanuit mijn positie kan geven aan patiënten. Laten zien dat ik naast ze sta. Dat ik ze hoor, ook al praten ze niet. Dat die kleine dingen, zoals dorst of moeten plassen, dat die basisbehoeften gehoord worden. Dat je laat merken dat ze niet alleen zijn, dat jij het met ze samen wil doen". (R6). De afhankelijkheid van de patiënt lijkt ervoor te zorgen dat verpleegkundigen een soort beschermende houding krijgen: "Ze zijn afhankelijk van ons... dat is een klein stukje ja uh... ik wil ze het idee geven wat ik net zei, dat ik er voor ze ben". (R1). Een respondent geeft aan hoe belangrijk zij het vindt om er voor de patiënt te kunnen zijn, juist in stressvolle situaties. "In stress wordt er niet altijd even goed naar de patiënt gekeken, tenminste, naar wat zij echt nodig hebben. Het is natuurlijk vreselijk om dood te moeten gaan met allemaal piepjes en witte pakken rond je die je geen één keer aankijken of even je hand vast houden. Ja, tegenwoordig probeer ik steeds meer er voor die patiënt te zijn". (R6). Helaas ervaren verschillende respondenten dat dit "er zijn" voor de patiënt niet altijd lukt. Ze hebben het gevoel dat ze tekort schieten. Voorbeelden zijn het tekort schieten door tijdsdruk: "Ja, als er bijvoorbeeld een hoge werkdruk is, dan heb ik niet altijd het gevoel dat ik de zorg kan bieden die ik zou willen bieden. Dat is op verschillende vlakken. Dan verricht je gewoon de hoognodige zorg en dan hoop je maar dat je het goed doet allemaal. En eh... ja, ik vind het lastig dat je er dan soms totaal niet bent voor je patiënt". (R4). Of zoals een andere respondent noemt: "Ik probeert bewust de tijd te nemen. Het is jammer dat dat er niet altijd is, waardoor je het gevoel hebt dat je de patiënten een beetje uhm... aan hun lot overlaat. Want ze zijn toch kwetsbaar in bed, soms met hun handen vast". (R2). Ook het tekort schieten in het maken van bepaalde keuzes voor de patiënt komt voor: "Mensen komen vaak zo slecht binnen dat je moet. Je moet dan gaan handelen. Je moet snel handelen terwijl je niet weet wie deze persoon is, wat deze persoon wil, soms weet je niet eens wat de medische voorgeschiedenis is. Soms kom je er dan achteraf achter dat iemand al die handelingen misschien niet had gewild, of dat het eigenlijk geen baad meer had en dat een patiënt voor niets lijdt. (...) Ja, soms heb ik niet het gevoel dat ik goed doe". (R6). Ten slotte nog een voorbeeld van een respondent die zich tekort voelt schieten door eigen gemakzucht: "Als het druk is kun je makkelijk even wat sneller handelen. (...) Oftewel je kan wel eens, ik kan wel eens gemakzuchtig zijn. (...) Soms voel ik zo'n innerlijke strijd met mezelf. Dan sta ik met mijn rug naar ze toe en dan denk ik... kom, draai je

om. Ga gewoon het gesprek met ze aan, vraag of ze goed liggen, of ze pijn hebben, of ze alles nog vol houden. (...) Ik ben me dan wel continu bewust van mijn geweten". (R6).

### 4.3 De technologische omgeving van de IC

Het werken op een IC betekent continue moeten omgaan met de techniek. Er zijn tientallen apparaten die verpleegkundigen moeten kunnen besturen, allemaal met een eigen gebruiksaanwijzing en hun eigen invloeden op het lichamelijk functioneren van de patiënt. Hier zijn verpleegkundigen dan ook wel trots op: "Ik vind de techniek over het algemeen mooi, we kunnen natuurlijk heel veel". (R5). Het spreekt voor zich dat verpleegkundigen veel tijd in deze handelingen steken. Soms gaat dit ten koste van de patiënt: "Wel moet ik zeggen dat ik soms, dat ik merk dat ik veel meer met de techniek bezig ben dan met de patiënt. Vooral de apparaten die we wat minder vaak gebruiken. Daar moet ik soms nog veel bij nadenken". (R5). Meer werkervaring maakt dat de techniek minder tijd kost en er meer tijd overblijft voor de zorg: "Ja de meeste techniek hier.. beheers ik wel zodat het mij niet afleidt van de patiënt. Dat is een voordeel van lang werkervaring hebben. Ik heb genoeg ervaring dat ik weet hoe ik die techniek moet gebruiken. Ik kan het nog net niet slapend, maar het leidt me niet meer af". (R4). Maar voor de meeste respondenten is de patiënt en niet de techniek leidend: "Ik loop hier in dienst van de patiënt zeg maar. Dat vind ik mooi aan mijn werk. Niet alleen die techniek, helemaal niet. Vind ik ook wel leuk hoor, die getalletjes en die apparaten allemaal. Maar juist die patiënt blijven zien in alles. In zijn geheel ja. Ja". (R6). Ook komt naar voren dat respondenten wel eens moeite ervaren met de technische mogelijkheden: "De middelen worden gewoon maar ingezet omdat we er natuurlijk alles aan doen om een patiënt beter te maken. Voordat we er goed over na kunnen denken heeft het zijn werk al gedaan. Pas veel later zien we de effecten ervan en ervaren we dat deze niet altijd goed zijn". (R6)

De hoogtechnologische omgeving van de IC kan soms ook bijdrage aan overprikkeling, met name in door het afgaan van de alarmen: "Ergens geeft het mij ook wel een veilig gevoel, maar ze gaan wel heel vaak, ook wanneer dit niet nodig is. Het overprikkelt mij enorm en ik vind het heel vaak niet nodig. Vooral sinds we die nieuwe telefoons hebben. Ik heb al vaak op het punt gestaan die dingen het raam uit te gooien". (R4). De druk is hoog om alarmen tijdig te onderdrukken: "Als je het niet op tijd weg drukt krijg je boze collega's. Je moet steeds op je piepers kijken en je alarmen in de gaten houden". (R1). Het reageren op alarmen kost veel tijd, wat ten koste kan gaan van tijd voor de patiënt: "Soms ben je meer bezig met het stil krijgen van alle alarmen dan het daadwerkelijk kijken naar je patiënt. Dan hoor je steeds gepiep en staat het zweet zeg maar onder je oksels, terwijl je als je even naar je patiënt kijkt ziet dat deze nog lekker tv zit te kijken ofzo". (R6). Het afgaan van alarmen went ook: "Ja, ik ben eigenlijk wel gewend geraakt aan alle alarmen. De ene dienst gaat dat beter dan de andere hoor. Als ik echt moe ben en er gaan veel onnodige alarmen af, word ik er ook wel eens gek van, maar over het algemeen hoor ik het niet meer zo". (R5). De familieleden van de patiënt worden soms beschermt voor alarmen: "Als de familie op de box is vind ik het nog belangrijker dat je de alarmen niet lang laat afgaan. Je weet wel zoals we soms doen. Familie moet niet denken dat we niks doen, dan worden ze bang". (R1). Een respondent noemt familie zo belangrijk te vinden omdat zij verder moeten: "zij [zijn] degenen ..die naar huis gaan. Zij zijn degenen die met dat idee moeten leven. Ze moeten kunnen zeggen tegen elkaar dat hij in goede handen is. Als ze naar buiten gaan moeten ze... het even kunnen loslaten". (R1). Een andere respondent denkt zelfs dat de familie het zwaarder heeft dan de patiënt: "Familie is belangrijk omdat ze het vaak zwaarder hebben dan de patiënt denk ik. Patiënten maken het vaak niet zo mee, maar op de familie heeft het grote impact". (R3). Begrip van familie doet goed: "O, en ook dat je vraagt hoe het bijvoorbeeld thuis met ze gaat. Interesse tonen in hun persoonlijke situatie. (...) Dan kijken ze me erg dankbaar aan. Dat doet mij erg goed. Ze kijken me aan alsof ze willen zeggen: "Jij begrijpt het". Dat



stelt mij gerust wanneer ik dat zie". (R5). Helaas wordt dit ook wel eens anders ervaren: "Familie is heel emotioneel en kunnen soms zelfs echt kwaad worden. Die communicatie is eh... niet altijd makkelijk. Ik ben zelfs wel eens bedreigd door familie". (R1).

#### **4.4 Thema 4: Conflicterende gevoelens**

De respondenten ervaren veel verschillende gevoelens. Wat er uitspringt is dat veel respondenten moeheid ervaren. Moeheid van het werken met mensen: "Ik voel me soms alsof ik continu bezig ben om mensen tevreden te stellen". (R5). Een respondent noemde dit zelfs met een mooi woord "mensenmoe": "Nou eh... soms... dat klinkt een beetje raar, maar soms ben ik ook wel mensenmoe. Ja, dat is het eigenlijk. Soms ben ik gewoon moe van alle vragende mensen. Als verpleegkundige sta je echt in het midden, dan krijg je vragen langs alle kanten". (R5). Soms wordt de grens ook wel eens bereikt: "Ze kunnen niet altijd tevreden zijn, ook al doe je zo je best. Ja, dat zou eh... dat zou natuurlijk heel fijn zijn, maar soms willen ze maar één ding horen en dan precies wat jij ze niet kan vertellen. Dan moet je ze ook maar even laten gaan zeg maar. Ja dat kan wel eens zwaar zijn. Soms gaan ze dan door mijn zone heen en dan is het wel eens op". (R5). Moeheid wordt ook weleens veroorzaakt door andere factoren, zoals alle prikkels op de IC: "Je geduld en je mentale vermogen worden continu op de proef gesteld door alle prikkels die er zijn op de IC. (...) Je bent continu eigenlijk in uhm... over alerte modus op de IC zal ik maar zeggen. Dat vind ik soms wel eens uh ja... mentaal vermoeiend. (R2). Gelukkig ervaren verpleegkundigen niet alleen negatieve gevoelens, er zijn ook veel factoren waar ze voldoening uit halen. Vooral dankbaarheid van patiënten en familieleden spelen hierbij een grote factor: "En natuurlijk als de patiënt dankbaar is. Sommige patiënten uitten dat, en dat doet echt heel goed. Ja, dat is eigenlijk al genoeg om met een goed gevoel naar huis te gaan". (R4) Een blijk van waardering doet veel: "En natuurlijk als de patiënt tevreden is. Als ze je op een bepaalde manier bedanken of soms vragen of je er morgen weer bent. Dat zijn wel echt complimenten". (R5). Daarnaast vertellen veel respondenten kracht te halen uit het herstel van patiënten: "Ja, ik vind het eigenlijk vooral leuk als ze heel ziek zijn en dan beter worden. Ja succesverhalen zijn natuurlijk erg leuk, daar doe je het voor". (R3), "Als ik mijn patiënt op zie knappen. Als de familie dankbaar is voor de zorg die gegeven wordt en dat ze dat dan ook uitspreken naar je". (R3). Op een intensive care moet het personeel vaak mensen teleurstellen. Veel patiënten halen het niet, of gaan achteruit in kwaliteit van leven. Het geven van goed nieuws geeft verpleegkundigen dan ook een goed gevoel: "En dat je aan de familie kan vertellen dat het goed gaat. Dan is familie ook altijd erg dankbaar, dat doet ook goed he". (R3). Toch kunnen respondenten er ook in berusten wanneer de behandeling niet aanslaat en de patiënt komt te overlijden: "Ik kan er zeker rust in vinden als een patiënt het niet haalt. Wat ik wel belangrijk vind, wat mij voldoening geeft zeg maar, is dat er goed met de patiënt omgegaan wordt". (R6). Voldoening ervaren door een goede omgang met de patiënt wordt veel genoemd. Een voorbeeld hiervan is: "Niet communiceren... hij kon geen klanken uitbrengen. Ik kan me nog herinneren dat we heel duidelijk met elkaar konden liplezen... Ja, ik had gewoon een leuke klik met die man. En daar ben ik later nog naar terug gegaan en die man die was zo ontzettend blij en tevreden en ja... dat gaf echt een boost". (R2).

## 5. Zorg ethische reflectie en kritische discussie

---

In dit hoofdstuk wordt getracht antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek door het samenbrengen van de theorie en empirie. In deze beantwoording zal aandacht zijn voor een zorgethische reflectie en een kritische discussie.

### 5.1 Hoe ervaren verpleegkundigen de zorg voor patiënten op de intensive care?

De respondenten hebben brede, uiteenlopende ervaringen met het zorgen voor patiënten op de intensive care. Wel komen hun ervaringen overeen en kunnen ze zich vinden in elkaars ervaringen (wat uit de membercheck is gebleken).

Er komt desalniettemin een opvallende en ogenschijnlijke tegenstrijdigheid in hun ervaringen aan het licht. Zo kan uit de bevindingen opgemaakt worden dat hoewel een bepaalde afstand tot de patiënt de zorg wat oppervlakkig houdt, dit 'makkelijker' lijkt te zijn voor de verpleegkundige. Wanneer er niet teveel met patiënten gecommuniceerd wordt, kan er sneller gewerkt worden. De werkdruk wordt soms als hoog ervaren waardoor er ook niet altijd tijd is om persoonlijke aandacht te geven aan patiënten. Empathie wordt soms bewust gemeden om frustraties of negatieve gevoelens te voorkomen. Teveel betrokkenheid brengt emoties met zich mee welke als onprofessioneel worden ervaren. Anderzijds blijkt ook uit de bevindingen dat juist een klik met de patiënt veel voldoening geeft. Zo wordt er verteld hoeveel oogcontact al niet waard kan zijn, en hoe fijn het voelt wanneer de verpleegkundige de patiënt begrijpt en visa versa. Zelfs wanneer een patiënt komt te overlijden en de medische zorg dus zijn doel niet heeft gediend, kan de verpleegkundige hier rust in vinden wanneer de omgang met de patiënt maar goed is. Dankbaarheid van patiënten of familieleden kan ervoor zorgen dat een werkdag als goed wordt ervaren. De verpleegkundigen blijken zich erg verantwoordelijk te voelen voor het welzijn van patiënten, en voor de tevredenheid van zowel patiënten als hun familieleden. Ze zijn zich erg bewust van hun positie die soms ervaren wordt als die van een advocaat van de patiënt.

Wanneer deze bevindingen vergeleken worden naast het bestaande onderzoek van van Vaes & Muratore (2012) en van Trifiletti et al. (2014) onder IC verpleegkundigen vallen een aantal zaken op. Uit deze studies bleek dat het creëren van een afstand met de patiënt een functie heeft, namelijk het voorkomen van stress en een burn-out bij verplegend personeel. In dit onderzoek geven de respondenten inderdaad aan dat een bepaalde afstand hun werk makkelijker en sneller maakt, en dat het mijden van empathie helpt om negatieve gevoelens te voorkomen. Toch is het opmerkelijk dat de respondenten daarentegen zoveel waarde hechten aan een klik met de patiënt, aan het hebben van enkel oogcontact of aan wederzijds begrip. Juist die persoonlijke zorg geeft hun voldoening.

Vaes en Muratore gaven aan dat verpleegkundigen sneller last van stress of burn-out verschijnselen krijgen wanneer zij zich te veel bloot zouden stellen aan de emoties van patiënten (Vaes & Muratore, 2012). En hoewel dit ook terug is te zien in de bevindingen van deze studie waar teveel betrokkenheid ongewenste emoties veroorzaken bij verplegend personeel, lijkt de oorzaak van stress in de resultaten van dit onderzoek niet enkel bij de blootstelling aan emoties van patiënten te liggen. De respondenten van dit onderzoek ervaren juist frustratie en irritatie wanneer ze geblokkeerd worden in het persoonlijke contact met de patiënt. Ze ervaren het als erg vervelend wanneer er geen communicatie mogelijk is. Hun geweten speelt op wanneer ze bij een patiënt weg moeten lopen zonder dat er wederzijds begrip is ontstaan. De afstand tussen de verpleegkundige en de patiënt lijkt hier dus eigenlijk geen oplossing, maar eerder een probleem. Verpleegkundige, verplegingswetenschapper en organisatieadviseur Margreet van der Cingel (2012) schrijft over het belang van compassie binnen de zorg. Zij geeft aan dat het tonen van compassie voldoening geeft

aan verpleegkundigen, gezien verpleegkundigen van nature het goede na willen streven en dat het toevoegen van leed door het ontbreken van compassie onmogelijk aansluit bij dit streven (van der Cingel, 2012).

Tevens blijkt uit de bevindingen dat het zien van emoties bij patiënten maar één van de vele aspecten is die stress veroorzaken. De respondenten ervaren werkdruk door onder andere piepjes en alarmen en worden moe van het werken met mensen. Ze voelen zich de spil waar alles om draait en vinden het vervelend wanneer ze niet iedereen tevreden kunnen stellen.

#### *De rol van techniek*

Met medische technieken hebben respondenten ook conflicterende ervaringen. Enerzijds ervaren verpleegkundigen deze mogelijkheden als fijn en zijn ze trots op hun kundigheid. Anderzijds ervaren ze de techniek ook wel eens als te snel en niet bij te benen. De risico's en consequenties van het gebruik van deze technieken zijn daardoor niet altijd goed in te schatten. Tevens wordt ervaren dat de techniek wel degelijk afleidt van de patiëntenzorg. Het reageren op alarmen neemt veel tijd in beslag en kost stress. Wanneer een respondent afgeleid wordt door een patiënt van haar technische handelingen kan dit bijvoorbeeld irritaties opwekken. Toch wordt ook vermeld dat de patiënt weldegelijk leidend is, niet de techniek. De patiënt in alles blijven zien wordt als erg belangrijk ervaren. Daarbij levert het zien van de patiënt vaak meer reële kennis op dan het zien van de getallen, aldus de respondenten.

Zoals bleek uit het gedachtegoed van Huijter en Smits (2010) kan de moraal niet langer worden gezien als iets dat buiten de technologie bestaat en dat we daarom een andere vorm van ethiek nodig hebben om (nieuwe) technologieën beter te begeleiden. Gezien bovenstaande bevindingen nog erg conflicterend zijn, is het echter nog niet helemaal duidelijk hoe een dergelijke ethiek er uit zou zien. Een respondent gaf aan vooral moeite te ervaren met haar gebrek aan kennis rondom de gevolgen van het gebruik van bepaalde technieken. Mogelijk zou het gezamenlijk nadenken over wat een nieuwe manier van ethiek bedrijven op IC zou kunnen zijn baat kunnen hebben. Een vorm van ethiek die in elk geval aansluit bij de huidige technologieën.

Zoals gezegd wijzen de bevindingen er in elk geval op dat er wel degelijk een afstand ervaren wordt als gevolg van de techniek die gebruikt wordt. O'Keefe-McCarthy waarschuwde reeds dat het verkeerd gebruiken van technieken een negatieve invloed kan hebben op het beeld dat verpleegkundigen hebben van hun patiënten. Toch zijn ook hier de ervaringen wisselend aangezien de ene respondent aangaf minder aandacht te hebben voor de patiënt, gezien de techniek veel tijd in beslag neemt- en een meer ervaren verpleegkundige aangaf juist méér tijd voor de patiënt te hebben, gezien de technische handelingen ondertussen op de automatische piloot gaan. Respondenten lijken zich bewust te zijn van het gevaar de patiënt uit het oog te verliezen: het is volgens hen een kunst om niet afgestompt te raken na het langdurig werkzaam zijn op een intensive care.

## **5.2 Welke inzichten levert een zorg ethische reflectie op de geleefde ervaringen van verpleegkundigen op?**

### *Relationaliteit.*

Centraal in de zorgethiek staat de relatie, welke als bron gezien wordt van kennis voor de praktijk. Hieruit kunnen namelijk de noden van de ander opgemaakt worden (Klaver, 2013). Zoals eerder staat omschreven blijkt uit de bevindingen van dit onderzoek dat de respondenten de relatie met de patiënt ook erg belangrijk vinden. Een klik hebben met de patiënt en het voelen van wederzijds begrip maakt emoties los. Ook zijn de verpleegkundigen zich zeer bewust van de afhankelijkheid van de patiënt. Een respondent voelde zich net een advocaat van de patiënt. Uit de bevindingen kan ook

opgemaakt worden dat het hebben van deze zorgrelatie niet vanzelfsprekend is. Zoals in de vorige paragraaf benoemd is, wordt er een bepaalde afstand tussen de patiënt en de zorgverlener ervaren (en soms bewust danwel onbewust gecreëerd). Een afstand door een gebrek aan communicatiemogelijkheden, door drukte op de werkvloer of door de aanwezigheid van techniek en de technische handelingen die soms veel tijd en aandacht vragen. Wanneer deze relatie belemmert wordt voelt dit onnatuurlijk en speelt dit in op het geweten van de zorgverlener. Zonder een zorgrelatie ervaren respondenten problemen, zoals het maken van keuzes voor de patiënt zonder hun mening op dat moment te kunnen achterhalen. Of het weglopen wanneer de patiënt iets probeert duidelijk te maken, maar ze er niet uitkomen binnen de tijd die er op dat moment is. Dit knaagt aan de verpleegkundige. Het idee dat afstand dus iets goed zou zijn (zoals bleek uit de studies van Vaes & Muratore, 2012 en Trifilettie et al., 2014) lijkt dus haaks te staan op het idee van 'engrossment' zoals voorgesteld door Noddings.

Noddings stelt namelijk dat de kern van een zorgrelatie draait om het subjectief opgaan in, niet om het waarnemen van een afstandelijk objectief. Noddings gebruikt hiervoor de term 'engrossment', waarmee zij het aansluiten bij de werkelijkheid van de ander bedoelt. Aandachtigheid en empathische gevoelens zijn belangrijk voor een houding van engrossment (Noddings, 1984). Het is echter de vraag in hoeverre engrossment wanneer communicatie met de patiënt niet meer mogelijk is. Desalniettemin moet er wel gehandeld worden, en om de geschiktheid van handelingen goed in te schatten is het volgens Noddings nodig om de fysieke en persoonlijke situatie in kaart te brengen. Daarbij zou de verpleegkundige ondanks de eventuele emotionele vermoeidheid meer voldoening uit haar werk halen, gezien het creëren van een intensievere relatie met de patiënt de verpleegkundige mogelijk wel meer rust en voldoening zou kunnen geven. Van Heijst (2005) noemt dat professionals in de *cure* en *care* anderen met hun kunde en kennis, maar ook met hun zorgzame betrokkenheid en nabijheid van dienst zijn. Zij geeft aan dat zij hiervoor een salaris ontvangen, maar ook een hoop voldoening wanneer ze zien dat hun werkzaamheden de patiënt goed doen (van Heijst, 2005).

### *Verantwoordelijkheid*

Tronto (1993) maakt onderscheid tussen een verplichting en een verantwoordelijkheidsgevoel met betrekking tot zorgen. Een verplichting ontstaat volgens haar vanuit formele regelgeving, terwijl verantwoordelijkheid voort komt uit antropologische, sociale en culturele praktijken. Deze verantwoordelijkheid verbindt zij aan de eerste twee fasen van haar zorgmodel, namelijk de eerste fase "aandachtigheid" en de tweede fase "verantwoordelijkheid". De eerste fase draait om het zien van andermans noden. Zoals hierboven staat omschreven is het op de intensive care soms lastig om deze noden te zien. Uit de resultaten blijkt dat de verpleegkundigen zich wel in de juiste positie voelen om de behoeften van de patiënt te kunnen lezen. Ook zijn ze zich bewust van de kwetsbare, afhankelijke positie van de patiënt, wat een soort beschermingsmechanisme oproept. De tweede fase draait om het op zich nemen van de verantwoordelijkheid voor deze zorgnoden. Dit komt tot stand vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel, een gevoel waar de respondenten het vaak over hebben. Eén van de verpleegkundigen voelt zich een advocaat van de patiënt, een ander spreekt over een ervaring als buffer tussen de patiënt en andere medici of andere disciplines. Toch lijkt het in de tweede fase regelmatig mis te lopen. Uit de bevindingen komen vaak schuldgevoelens of het tekort doen aan patiënten naar voren. Het "er zijn" lukt niet altijd. Dit heeft verschillende oorzaken zoals werkdruk, tijdsnood, de rol van de techniek of soms gemakzucht.

Noddings (1984) onderscheidt 'natuurlijk zorgen' en 'ethisch zorgen'. 'Natuurlijk zorgen' gebeurt automatisch, vanuit een gevoel. Het 'ethisch zorgen' gebeurt vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel. In beide vormen speelt de eigen wens een rol. Of je doet het vanuit natuurlijkheid, of vanuit de ethische keuze die past bij het ethisch ideaal van het verpleegkundige zijn. Wat is de ethische keuze hier? Zou het tekortschieten in het nemen van verantwoordelijkheid geaccepteerd mogen worden gezien de verpleegkundigen zich hier wel bewust van zijn, maar soms niet anders kunnen door de werkomstandigheden? Van Heijst (2005) vindt het morele respons op de

behoefte van een ander ook niet slechts 'natuurlijk'. Zo'n respons noemt zij altijd institutioneel en sociaal ingebed, dit medieert het gevoel. Volgens haar zullen verpleegkundigen zich zo ook laten leiden door de verplichtingen die ze formeel hebben. Formeel gezien ervaren de respondenten werkdruk en tijdsnood. Daarbij wordt van hen verwacht dat bepaalde handelingen uitgevoerd worden. Om meer ruimte te creëren voor het ethisch zorgen, zal de werkdruk moeten afnemen. Goodin (1986) schrijft dat je indien je de macht hebt om een persoon te kunnen schaden, je automatisch de morele verplichting moet hebben om deze afhankelijke en kwetsbare persoon te beschermen. Hij ziet de kwetsbaarheid van anderen als morele basis voor onze handelingen (Goodin, 1986). De respondenten zijn zich wel degelijk bewust van de enorme kwetsbaarheid van de patiënt. Daarbij hebben verpleegkundigen door middel van techniek een bepaalde machtspositie, die bij verkeerd gebruik een zeer schadelijke invloed kan hebben op de patiënt. Wat betreft het verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënt is het opvallend dat de respondenten zich de spil voelen waar alles om draait. Dat zij zich in de aangewezen positie voelen om de behoeften van de patiënt te zien ten opzichte van andere disciplines, én dat ze iedereen tevreden moeten houden wat resulteert in mensenmoede. Idealiter zou deze last beter verdeeld worden zodat IC verpleegkundigen niet gebukt gaan onder een te groot verantwoordelijkheidsgevoel.

### *Affectiviteit*

Het zien van de noden van patiënten vormt een uitgangspunt van zorg (Tronto, 1993). Eerder is genoemd dat de respondenten soms deze noden goed zien, maar dat dit niet altijd lukt. Engrossment zou ons mogelijk aanwijzingen kunnen geven om zorgnoden beter te kunnen zien. Volgens Noddings (1984) is affectieve geraaktheid nodig om tot engrossment te komen. Deze affectieve geraaktheid gaat verder dan een optredende emotie. De reflectie op de emotie kan resulteren in affectieve geraaktheid. Noddings onderscheidt de non-reflectieve modus van de reflectieve modus van bewustzijn. Alleen de optredende emotie noemt zij non-reflectief, dit overkomt je. Voor affectieve geraaktheid moet eerst affectief ontvangen kunnen worden. Dit is volgens Noddings geen bewustzijnsdegradatie, maar een ontvankelijke houding waarin nog geen structuur is gegeven aan de omgeving. Om deze houding te bereiken zijn aandachtigheid, betrokkenheid en gevoelsmatige verbondenheid de grondslag. Gevoelens als empathie zijn hiervoor erg belangrijk (Noddings, 1984).

Juist het zien van emoties bij patiënten is een trigger voor stress en een burn-out bij verplegend personeel (Vaes & Muratore, 2012; Trifiletti et al., 2014). De respondenten geven ook aan dat teveel betrokkenheid leidt tot ongewenste emoties. Volgens Ricard (2015) kunnen empathische gevoelens voor lijdende patiënten emotionele uitputting tot gevolg hebben, wat kan resulteren in een burn-out. Hierbij noemt hij dat personeel dat gevoelig is voor een burn-out de neiging heeft om patiënten niet meer als mensen te zien uit zelfbescherming. Dit is gevaarlijk en mag niet gebeuren. Menswaardigheid en medemenselijkheid zijn daarom volgens hem van groot belang binnen zorgpraktijken, waarbij empathie z.i. een belangrijke rol speelt (Ricard, 2015). Empathie is nodig om het gedrag van een ander te voorspellen. Het delen van emoties met een medemens wekt reacties op die beter aansluiten bij diens emoties en behoeften. Ook maken empathische gevoelens het mogelijk voor mensen om nuttige kennis op te doen van de omgeving waardoor deze goed beoordeeld kan worden. Hoewel het moeilijk is lijkt het er toch op dat gevoelens van empathie niet weggestopt moeten worden, ook niet ter bescherming van de verpleegkundige. Ze zijn te hard nodig om te kunnen werken met mensen. Erwin Kompanje (2015) sluit zich hierbij aan. In de bevindingen is te lezen dat een respondent ervoor moet waken niet afgestompt te raken in de loop der jaren. Dat dit vaker voorkomt onder verplegend personeel op een intensive care blijkt uit Kompanje's artikel. Hij schrijft dat bijna al het personeel op een IC in de loop der jaren te maken krijgt met "*empathic dulling*". Al de ellende die patiënten mee maken raakt hen steeds minder. Kompanje geeft aan de reden van dehumanisering van patiënten te begrijpen, maar weet ook dat het positieve resultaat van het humaniseren van patiënten zwaarder weegt (Kompanje, 2015). Het humaniseren van patiënten

op deze afdeling heeft volgens hem zelfs een helende werking. Daarbij noemt hij dat het tonen van oprechte empathie uit wederkerigheid een gewoonte moet worden. Iedere hulpverlener zou immers zelf ook zo behandeld willen worden (Kompanje, 2015).

### **5.3 Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor IC-patiënten?**

Tronto omschrijft het geven van goede zorg in vier fasen. De eerste fase is aandachtigheid (het oog hebben voor), de tweede fase is verantwoordelijkheid (het ervoor zorgen dat), de derde fase is competentie (het letterlijke zorgen) en de vierde fase is responsiviteit (de reactie op zorgen). Daarbij geeft Tronto aan dat zorg pas goed is wanneer de patiënt het als goed ervaart. Wanneer de fasen zorgvuldig bestudeerd worden, moet geconcludeerd worden dat er nog verbetering haalbaar is op de intensive care van de bestudeerde setting. In paragraaf 5.2 staat omschreven dat de eerste twee fasen van zorg nog niet optimaal doorlopen worden. Respondenten ervaren dat de noden van de patiënt niet altijd gezien worden. Om hier actief aan te werken zou Noddings engrossment een bijdrage kunnen leveren. Ook in de tweede fase loopt het ergens vast. Verpleegkundigen ervaren een sterk verantwoordelijkheidsgevoel, maar tegelijkertijd ook schuldgevoelens en het idee dat ze tekort doen aan patiënten. Deze tekortkomingen hebben verschillende oorzaken zoals werkdruk, afleiding door technische handelingen en gemakzucht. Oplossingen hiervoor zouden vorm kunnen krijgen door verlaging van de werkdruk, meer tijd vrijmaken voor persoonlijke zorg naast de technische handelingen en een beroep doen op de morele plicht van medisch personeel. Verpleegkundigen mogen zich ervan bewust zijn dat dit niet alleen voor hen geldig is, maar dat het hier gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid. De derde fase houdt het letterlijke zorgen in, het competent zijn. Uit de bevindingen komen geen gevoelens van onzekerheid of onkunde naar voren. Wel een aantal ervaringen van trotsheid. Trots op kundigheid op gebied van medische techniek, trots op specialistische kennis of trots op het aangeven van grenzen. De competentie van verpleegkundigen lijkt goed in orde. De vierde fase van responsiviteit is niet altijd zichtbaar op de intensive care. Respondenten ervaren soms helemaal geen contact te hebben met een patiënt, waardoor er geen reactie volgt op de gegeven zorg. Het is niet altijd mogelijk om bij de patiënt te verifiëren of de gegeven zorg goed is. Wanneer respondenten wel dankbaarheid ervaren geeft dit hen dan ook veel voldoening.

Zorgethica Annelies van Heijst (2005) ziet goede zorg als een zorgpraktijk waarin professionals betrokkenheid tonen bij de patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Het doel van deze manier van zorgen is niet het repareren van het lichaam of de geest, maar het niet alleen laten van de patiënt. De patiënt moet zich gesteund voelen. Van Heijst vindt het erg belangrijk dat professionals patiënten laten voelen dat zij unieke en waardevolle individuen zijn. Affectiviteit is hierin een vereiste. Zorg moet namelijk bestaan uit "menslievende professionaliteit". Dit houdt in dat er gezorgd wordt uit mededogen, uit geraaktheid door andermans leed (Van Heijst, 2005, p. 392). In de vorige paragraaf staat omschreven wat de nadelen kunnen zijn van zo'n persoonlijke, betrokken relatie met de patiënt. Dit kan stress opleveren bij verpleegkundigen en zelfs leiden tot een burn-out. Tevens zorgt de techniek op een intensive care voor meer afstand tussen de verpleegkundige en de patiënt. Toch is voor de respondenten juist een klik met patiënten en wederzijds begrip ontzettend belangrijk. Dit geeft hen voldoening en emotioneert hen. Het lijkt er zelfs op dat niet de betrokkenheid met de patiënt, maar juist de afstand stress oplevert. Daarbij zijn er meerdere factoren die stress kunnen veroorzaken, factoren waar verpleegkundigen moe van worden of frustraties door krijgen. Enkel het feit dat de blootstelling aan emoties van patiënten stress oplevert aan personeel, zou een afstandelijke zorg of zelfs een lichte vorm van dehumanisering niet mogen legitimeren. Niet gezien juist de persoonlijke zorg zo belangrijk is, onder andere vanuit zorgethisch oogpunt.

## 6. Conclusie en aanbevelingen

### 6.1 Conclusie

Verschillende theorieën laten zien dat enerzijds een afstand tussen de verpleegkundige en de patiënt op de intensive care gezond is, gezien blootstelling aan emoties van patiënten stress oplevert bij verpleegkundigen en kan leiden tot een burn-out. Tevens zien we dat de huidige technieken op de intensive care een afstand creëren tussen de verpleegkundige en de patiënt. Anderzijds blijkt onder andere vanuit de zorgethiek dat het geven van persoonlijke, betrokken zorg én het in stand houden van empathische gevoelens en affectiviteit noodzakelijk is om goede zorg te kunnen verlenen.

Uit de bevindingen blijken veel overeenkomsten te zijn tussen de ervaringen van de respondenten en al deze theorieën. Zij zoeken soms een bepaalde afstand met de patiënt om emoties uit de weg te gaan, en zij ervaren dat de techniek wel eens tussen hen en de patiënt in komt te staan. Tegelijkertijd halen zij veel voldoening uit het hebben van een klik en wederzijds begrip met de patiënt. Zij voelen zich schuldig wanneer ze tekort schieten in persoonlijke zorg.

Tijdens het nader bestuderen van de bevindingen lijkt de oorzaak van stress niet enkel te liggen bij blootstelling aan emoties van patiënten. Er zijn vele oorzaken die de respondenten frustraties, moeheid en irritaties opleveren. Voorbeelden van deze oorzaken zijn het niet kunnen communiceren met patiënten, het weg moeten lopen bij patiënten zonder wederzijds begrip, een hoge werkdruk, de vele alarmen, het ervaren van een sterk verantwoordelijkheidsgevoel, het continu tevreden stellen van mensen en het niet kunnen geven van goed nieuws. Het lijkt er zelfs op dat er meer stress wordt ervaren door het niet kunnen geven van persoonlijke, betrokken zorg dan door het zien van emoties van patiënten. Een bepaalde afstand met de patiënt lijkt hier eerder een probleem dan een oplossing.

Wanneer gekeken wordt naar het begrip 'goede zorg' aan de hand van de vier fasen van Tronto (1993) blijken deze vier fasen niet allemaal goed doorlopen te worden. Respondenten zien niet altijd de zorgnoden, gezien de communicatie vaak beperkt is en patiënten soms zelfs helemaal niet aanspreekbaar zijn. Ook voelen ze zich zeer verantwoordelijk voor het welzijn voor de patiënt, maar ervaren regelmatig dat ze tekort schieten in het geven van zorg, of kampen ze met schuldgevoelens bij het weglopen bij patiënten. Ook blijkt de voltooiing van zorg niet altijd zichtbaar.

Om tot een oplossing te komen zou geïnvesteerd moeten worden in een zorgrelatie met de patiënt bijvoorbeeld door middel van engrossment. Affectiviteit en empathische gevoelens zijn noodzakelijk om dit te kunnen bereiken. Verpleegkundigen mogen het verantwoordelijkheidsgevoel voor het welzijn van patiënten delen. Daarbij zou het goed zijn om zoveel mogelijk stress veroorzakende factoren te beperken, zodat verpleegkundigen mentaal ruimte hebben om met emoties van patiënten om te kunnen gaan. Ik hoop dat IC-verpleegkundigen in de toekomst zich zonder twijfel in het gedicht van Tommie Niessen (2017) kunnen vinden:

*Werken in de zorg,  
dat doe je met gevoel.  
Doe jij ook dit werk?  
Dan weet je wat ik bedoel.  
Je doet alles voor je mensen,  
je staat altijd voor ze klaar.  
Het geeft zoveel voldoening,  
Ook al is het soms best zwaar*

## 6.2 Aanbevelingen

Tabel 1.3 omvat de aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek. De eerste zes aanbevelingen zijn geschreven voor de praktijk. Dit wil niet zeggen dat daar momenteel geen sprake is van goede zorg, maar door middel van deze adviezen wordt getracht de gegeven zorg te optimaliseren. Deze studie levert naast kennis ook weer nieuwe vragen op welke onderin de tabel te vinden zijn. Dit zijn aanbevelingen voor eventueel verder onderzoek.

Aantal in cijfers	Aanbevelingen voor de praktijk
1.	Probeer stress verhogende factoren te bestrijden, er blijven nog genoeg factoren over die niet altijd weg te nemen zijn. Denk hierbij aan het verlagen van de werkdruk.
2.	Probeer een zorgrelatie te creëren of in stand te houden door middel van engrossment. Deze relatie levert uiteindelijk voldoening op!
3.	Creëer bewustwording van het gevaar van het uit het oog verliezen van patiënten door techniek.
4.	Probeer op zoek te gaan naar een passende ethiek die aansluit bij de huidige technologieën.
5.	Deel verantwoordelijkheden. Er werken vele disciplines op een intensive care, de verpleegkundige is niet als enige verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënt.
6.	Probeer hoe dan ook empathische gevoelens in stand te houden om de patiënt als medemens te blijven zien.
Aantal in cijfers	Aanbevelingen voor verder onderzoek
1.	Wat zou een passende ethiek zijn die aansluit bij de huidige technologieën op een intensive care?
2.	Hoe ervaren patiënten de zorg op een intensive care en wat zouden hun bevindingen bijdragen aan goede zorg?
3.	Hoe ervaren artsen verantwoordelijkheden voor het welzijn van patiënten op een intensive care?

*Tabel 1.3, aanbevelingen*



## 7. Kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek

---

De betrouwbaarheid van een onderzoek zegt iets over in welke mate de bevindingen ‘stabiel’ zijn (Boeije, 2011). Er zijn verschillende kwaliteitsmaatregelen getroffen (paragraaf 3.8) om deze stabiliteit te waarborgen. Ondanks de grote zorgvuldigheid van het onderzoek dient de lezer zich toch van een aantal tekortkomingen bewust te zijn. Dit hoofdstuk betreft de kwaliteit en de beperkingen van het hele onderzoek.

### 7.1 Interne validiteit

De validiteit van een studie gaat over de betrouwbaarheid, over “*meten wat je wil meten*”. Een onderzoek is intern valide wanneer het op een logische en navolgbare wijze is opgezet (Smaling, 2009).

Een vrij grote beperking van deze studie is dat het onderzoek en de analyse is uitgevoerd door één persoon, wat betekent dat de bevindingen deels afhankelijk zijn van de interpretaties van deze onderzoeker. Om dit probleem gedeeltelijk weg te nemen is er tijdens de analyse regelmatig overleg geweest met een medestudent en met een begeleider. Tevens heeft de onderzoeker voorafgaand een persoonlijke reflectie geschreven over het onderzoeksonderwerp om bewustzijn te creëren van eigen gedachten en meningen.

Een andere beperking is dat de onderzoeker weinig ervaring had in het open interviewen van personen. Dit heeft als gevolg dat de eerste interviews kwalitatief minder goede data op hebben geleverd dan de latere interviews. Om hier zoveel mogelijk rekening mee te houden heeft de onderzoeker tijdens het proces regelmatig overleg gehad met een begeleider. Deze begeleider heeft de onderzoeker meerdere keren voorzien van feedback, waardoor de interviews steeds beter uitgevoerd werden.

Het feit dat de onderzoeker werkzaam is binnen de onderzoekspraktijk zou ook een belemmering kunnen zijn. Enerzijds heeft dit ertoe geleid dat er vrijwel meteen een open en ontspannen houding was tussen de respondent en de interviewer. Anderzijds heeft dit er mogelijk toe geleid dat de interpretaties beïnvloed zijn door eigen werkervaringen. Om dit te minimaliseren is na het analyseren een membercheck uitgevoerd. De bevindingen zijn voorgelegd aan de respondenten, waarin zij zich allemaal konden vinden. Met leuke reacties als gevolg. Ook herkenden zij zichzelf in elkaars resultaten (de respondenten zijn uiteraard wel anoniem gebleven voor elkaar).

### 7.2 Externe validiteit

Generaliseerbaarheid is de graad waarin onderzoeksresultaten opgaan voor situaties, organisaties, personen, gevallen en verschijnselen die niet in het onderzoek onderzocht zijn (Smaling, 2009). Het betreft de geldigheid buiten het onderzoek, ook wel de externe validiteit genoemd. De bevindingen van dit onderzoek zijn gebaseerd op slechts zes interviews. Hierdoor hebben de resultaten een beperkte geldigheid, ook binnen de intensive care van het Hagaziekenhuis. Wel bleek tijdens het uitvoeren van de membercheck dat de respondenten zich ook in elkaars resultaten konden vinden. Hieruit kan opgemaakt worden dat de ervaringen van deze zes respondenten niet ver uit elkaar liggen. In hoeverre de resultaten van dit onderzoek overdraagbaar zijn wordt beoordeeld door de lezer van dit onderzoek. De lezer kijkt in hoeverre de resultaten relevant zijn voor zijn of haar eigen context. Om de lezer hierbij richting te geven heeft de onderzoeker zoveel mogelijk uitgelegd over de technieken, methode en concepten die van toepassing waren. Daarbij is een poging gedaan de verbanden tussen theorie en empirie zichtbaar te maken.

## Literatuur

---

- Ashworth, p. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive and critical care nursing*, 6:3, 150-160.
- Biggerstaff, D.L. & Thompson, A.R. (2008). *Qualitative Research in Psychology*, 5, 173-183.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Brink, G. v., Lindsen, F., & Uffink, T. (2009). *Leerboek intensive-care-verpleegkunde deel 1*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Cingel, M. van der (2012). *Compassie in de verpleegkundige praktijk. Een leidend principe voor zorg*. Rotterdam: Boom Lemma
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications inc.: London.
- Dartel H. van & Molewijk B. (2014). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom
- Davidson, J.E., Harvey, M.A., & Schuller, J. (2013). Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it. *Crit Care Med*. 8:5.
- Desai, S.V., Law, T.J., Needham, D.M. (2012). Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 39(2):371-9.
- Dubois, M.J., Bergeron, N., Dumont, M. et al (2001). Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Medicine*. 27:8, 1297-1304.
- Engster, D. Care Ethics and Natural Law Theory: Toward an Institutional Political Theory of Caring. *The Journal of Politics*, 66, 113-135
- Finlay, L. (2008) A dance between the Reduction and Reflexivity: explicating the “Phenomenological Attitude”, *Journal of Phenomenological Psychology*, 39, 1-32.
- Hamers, J. (2009). *Feiten over vrijheidsbeperking*.  
Geraadpleegd op 17 april 2017 via:  
<https://www.innovatiekringdementie.nl/a-307/feiten-over-vrijheidsbeperking>
- Heijst, A. van (2008). *Iemand zien staan*. Zoetermeer: Klement
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Zoetermeer: Klement
- Huijjer & Smits (2010). *Moralicide. Nieuwe morele vocabulaires voor technologie*. Kampen: Klement
- Jelic, S., Cunningham, J. A. & Factor, P. (2008). Clinical review: Airway hygiene in the intensive care unit. *Critical Care*, 12:209.
- Johansson, L., Bergbom, I., Lindahl, B. (2012). Being critically ill and surrounded by sound and noise. Patient experiences, staff awareness and future challenges. *The open nursing journal* 6 (1)
- Johnson, C & Parry, D (2015). *Fostering social justice through qualitative inquiry*. United States of America: LEFT COAST PRESS, INC.
- Klaver, Klaartje; Eric van Elst and Andries J Baart, “Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article.” *Nursing Ethics*, 22 October 2013.

- Kompanje, J.O (2013). De nieuwe eierstok van de IC. *Critical Care*, 10:4, 14-15.
- Kompanje, J.O (2015). *Worden patiënten op de IC gedehumaniseerd?* Geraadpleegd op 14 juli 2017 via: <https://erwinkompanje.wordpress.com>
- Kraan, J. (2017). De robotrevolutie komt eraan, nu de robotwetten nog. Geraadpleegd op 20 februari 2017 via: <http://www.nu.nl/weekend/4458420/robotrevolutie-komt-eraan-robotwetten-nog.html>
- Kruispunt, K. (Regisseur). (2012). *Uit de tijd gevallen* [Film].
- Leget, C.J.W., Borry, P. & Vries, R. de. (2009). 'Nobody tosses a dwarf!' The relation between the empirical and the normative reexamined. *Bioethics*, 23(4), 226-35.
- Leget, C., Nistelrooij van I. & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 1-9.
- Manen, van M. (2007). 'Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice* 1. (1) 11-30.
- Nederlands Vereniging voor Anesthesiologie (2006). *Organisatie en werkwijze op intensive care afdelingen voor volwassenen in Nederland*. Geraadpleegd op 22 juni 2017 via: [http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL\\_Intensive\\_Care\\_2006.pdf](http://www.anesthesiologie.nl/uploads/openbaar/RL_Intensive_Care_2006.pdf)
- Niessen, T. (2017, juni 7). Geraadpleegd op 7 juni 2017 via: <https://werkenindezorg.net/wp-content/uploads/2017/02/gedicht-widz-met-gevoel-tn.png>
- Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press
- O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-Mediated Nursing Care: the Impact on Moral Agency. *Nurs Ethics*, 16: 786.
- Oost, H., & Markenhof, A. (2002). *Een onderzoek voorbereiden*. Baarn: HB Uitgevers.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Peters, F. & Frietman, J. (2011). *Gevolgen van technologie in zorg en welzijn voor HBO-professionals*. Geraadpleegd op 12 juli 2017 via: <http://www.kbanijmegen.nl/doc/pdf/Technologie-zorg-welzijn.pdf>
- Price, A. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nurs.Crit.Care*, 18, 6, 278-88.
- Ricard, M. (2015). *Altruïsme. De kracht van compassie*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have
- Shapiro, Shauna L.; Brown, Kirk Warren; Biegel, Gina M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol 1(2), May 2007, 105-115
- Siebel, M. & Schaaf, M. (2013). Het post-intensiverecaresyndroom; verborgen ziekte na IC-opname. *Nurse Academy*. 2: 4-9.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*. Volume 14-3

Smith, J.A. & Osborn, M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. In: J.A. Smith (Ed), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* London: Sage.

Stanford Encyclopedia of Philosophy (2016). *Phenomenology*.

Geraadpleegd op 15 februari 2017 via:

<https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>

Todres, L., Fulbrook, P., Albarran, J., Esterhuizen, P., Vermeulen, H. (2014). On the receiving end: a hermeneutic-phenomenological analysis of a patient's struggle to cope while going through intensive care. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 8(1), 13-15.

Trifiletti, E. D. (2014). Patiënts are not fully human: A nurse's coping response to stress. *JASP Journal of Applied Social Psychology*, 44(12), 668-777.

Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Universiteit voor Humanistiek, Vakgroep Zorgethici, (2015). Notitie-over-deUtrechtse-zorgethiek-definitief-2015.

Vaes, J. M., Muratore, M. (2012). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *BJSO British Journal of Social Psychology*, 52(1) 180-190.

Vermeer, K. (2015). Veel evidence voor vroege mobilisatie van IC-patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13:4, 21-23.

Zitvast, H. (2014). Impact van IC-opname is veel groter dan wij altijd dachten. *Critical Care*, 11:5, 28-30.

## Nawoord

---

Na het afronden van dit onderzoek en het schrijven van deze thesis, wil ik graag een aantal mensen bedanken.

Ik spreek mijn dank uit naar de docenten van de master Zorgethiek en Beleid voor alle leermomenten die zij mij hebben gegeven. Ontzettend blij ben ik met de nieuwe opgedane inzichten waardoor mijn wereldbeeld weer verruimd is. Met name wil ik Alistair Niemijer bedanken die mij het afgelopen half jaar heeft begeleid bij het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van deze thesis. Dat moet niet altijd makkelijk geweest zijn, gezien het soms bij mij even duurde voor het kwartje viel. Alistair, jij hebt veel tijd gestoken in het geven van nauwkeurig en kritisch feedback. Je bent al die tijd geduldig gebleven en stuurde me af en toe wat nuttige literatuur en opbeurende woorden. Ik heb hier veel aan gehad, dankjewel!

Mijn werkgever en mijn collega's wil ik van harte bedanken voor de ruimte die zij mij hebben gegeven om deze opleiding te kunnen volgen. Ik heb geen enkele studiedag moeten missen en heb veel steun en interesse ervaren. Daarbij wil ik de collega's bedanken die als respondent hebben gefunctioneerd voor dit onderzoek, zonder jullie had dit resultaat er niet geweest.

Mijn medestudenten wil ik bedanken voor hun gezelligheid, opbeurende gesprekken en kritische discussies. Jullie hebben mij slimmer gemaakt en gecoacht. Het behalen van de opleiding voelde als teamwork!

René de Groene, jij bent mijn redder geweest op gebied van taal en spelling. Ontzettend bedankt voor de vele uurtjes die jij hebt gestopt in het lezen van mijn stukken. Zonder jou had deze hele thesis een stuk minder leesbaar geweest.

Ten slotte wil ik mijn lieve familie en vrienden wil ik bedanken voor de ruimte die zij mij hebben gegeven

*Nanda Leenhouts*

Den Haag, 14 augustus 2017

## Bijlage 1

---

### *Persoonlijke reflectie*

Om inzicht te krijgen in mijn eigen ervaringen en eventuele vooroordelen ten opzichte van het zorgen voor patiënten op de intensive care, schrijf ik deze reflectie. Ik ben sinds vijf jaar werkzaam op de intensive care van het HagaZiekenhuis. Voordat ik aan dit werk begon had ik hoge verwachtingen van een intensive care. Ik ging mooi en levensreddend werk doen. Vanaf de eerste dag wist ik dat dit niet altijd het geval ging zijn. Het leven van een patiënt op de intensive care is zwaar. De patiënt lijdt altijd wanneer hij of zij wakker is, met name wanneer hij of zij aan de beademing ligt. Veel patiënten overleven de intensive care opname niet waardoor ze overlijden zonder vrede met de dood, gezien ze tot het laatste moment hoop houden. De patiënten die wel overleven zijn vaak getraumatiseerd. Een groot deel van hen heeft veel moeten inleveren.

In mijn eerste maanden als verpleegkundige op de intensive care heb ik het emotioneel zwaar gehad. Deze maanden voelde ik veel empathie naar patiënten. Deze empathie zorgde ervoor dat ik bij bijna iedere casus het gevoel had dat patiënten beter af waren wanneer ze zouden komen te overlijden. Door dit gevoel ben ik er ook van overtuigd geraakt dat het goed is dat medische beslissingen niet alleen op gevoel worden genomen, maar ook op basis van rationeel denken. Na wat meer werkervaring zag ik namelijk ook succesverhalen. Patiënten die terug kwamen op de intensive care om ons te bedanken. Patiënten die weer konden lopen en weer konden lachen. Mensen die blij waren met het feit dat ze leven. Dit deed me goed. Dit waren namelijk ook de patiënten waarvan ik dacht dat ze beter af waren wanneer ze zouden overlijden.

Nu na vijf jaar merk ik bij mezelf enige afstand naar patiënten. Ik ben een echte intensive care verpleegkundige geworden. Ik zie de meest afschuwelijke dingen. Mensen die weken vastgebonden in bed liggen zonder enige mogelijkheid tot communicatie. Mensen met een lichaam dat letterlijk opgegeten wordt door ziekte. Jonge mensen die gereanimeerd worden, jonge mensen die overlijden. Het doet me allemaal niet zoveel meer. Ik sta er even bij stil en soms voel ik me even emotioneel, maar zodra ik de deuren van het ziekenhuis uitstap lach ik weer om flauwe grappen, geniet ik van de zon of maak ik me druk om wat we 's avonds gaan eten. Zelden meer denk ik thuis aan mijn patiënten.

Ondanks dat ik me ervan bewust ben dat deze afstand soms nodig is, wil ik er toch voor waken te blijven voelen en te blijven denken aan de mens in dat bed. Hoe pijnlijk het ook is ben ik toch van mening dat alleen door het zorgen met gevoel er een gezonde relatie blijft bestaan tussen de zorgverlener en de patiënt. Wanneer dit gevoel verdwijnt, ontstaat er als je het mij vraagt een te groot gevaar tot dehumanisering met gevolgen die we niet moeten accepteren. Ik heb ervaren dat dit er makkelijk in sluipt. Zieke mensen zien wordt normaal. Ik heb mezelf trucjes aangeleerd hoe ik naar mijn mening een goede verpleegkundige blijf. Familie van de patiënt kan daarin veel betekenen. Ik dwing mezelf om door de familie de patiënt te leren kennen en zo weer de mens te zien. Blijkbaar geeft mijn werk me toch het meest voldoening, wanneer ik mensen goed behandel en bewust nadenk over wat de zin van mijn werk is. Deze zin zit in het helpen van mensen, het zou erg zijn om ongemerkt het tegenovergestelde te doen.

## Bijlage 2

### *faseringschema onderzoeksvorstel*

<b>Vorbereiding</b>		
01-02-2017	Inschrijven in Progress	Progress
01-02-2017	Onderzoeksthema doorgeven	Carlo Leget
15-02-2017	Het maken van een opzet en faseringschema	
16-02-2017	15.30: Doorspreken aanpak onderzoek	Alistair Niemeijer
24-02-2017	15:00 Eventueel skypen over de voortgang	Alistair Niemeijer
<b>Materiaalverzameling</b>		
16-01-2017	Het doornemen van het werkboek ZEB-70	Dashboard
01-02-2017	Het doornemen van "Een onderzoek voorbereiden" (Oost & Markenhof, 2014)	
01-02-2017 - 20-02-2017	Het verzamelen van theorieën rondom (de)humanisering	
<b>Materiaalanalyse</b>		
01-02-2017 - 20-02-2017	Een selectie maken van de bruikbare theoretische kennis	
<b>Rapportage</b>		
20-02-2017	Het afronden van de probleemstelling en relevantie	
21-02-2017	Het afronden van het theoretisch kader	
23-02-2017	Het afronden van het hoofdstuk "methode"	
24-02-2017	Het afronden van de kwaliteitscriteria	
28-02-2017	Het afwerken van de lay-out en het geven van een laatste kritische blik op het geheel	
01-03-2017	Onderzoeksvorstel digitaal inleveren	Alistair Niemeijer

### *faseringschema onderzoek*

<b>Vorbereiding</b>		
01-03-2017	Het indienen van een onderzoeksvorstel	Alistair Niemeijer
01-03-2017 t/m 07-03-2017	Het voorbereiden van de interviews	
<b>Materiaalverzameling</b>		
06-03-2017 t/m 19-03-2017	Het uitvoeren van de interviews	
20-03-2017 t/m 30-03-2017	Het transcriberen van de interviews	
<b>Materiaalanalyse</b>		
31-04-2017 t/m 30-04-2017	Het coderen en clusteren van de codes van de interviews	
<b>Rapportage</b>		
01-05-2017 t/m 07-05-2017	Het beschrijven van de bevindingen	
08-05-2017 t/m 14-05-2017	Het schrijven van de zorgethische reflectie	
15-05-2017 t/m 21-05-	Het schrijven van de kritische discussie en de	

2017	conclusie	
22-05-2017 t/m 30-05-2017	Het "compleet maken" van het geheel	
12-06-2017	Thesis inleveren hard copy + digitaal + uploaden via Ephorus	Carlo Leget en Alistair Niemeijer
12-06-2017	Digitale versie + half A4 samenvatting indienen	Gerard Linde
<b>Herkansing</b>		
16-07-2017	De thesis na het zoveel mogelijk verbeteren van het verkregen feedback nogmaals mailen	Alistair Niemeijer
14-08-2017	De gehele thesis na het verbeteren van alle feedback mailen	Alistair Niemeijer
24-08-2017	De thesis inleveren als officiële tweede kans hard copy + digitaal + uploaden via Ephorus	Carlo Leget en Alistair Niemeijer
24-08-2017	Digitale versie + half A4 samenvatting indienen	Gerard Linde



### Bijlage 3

#### Coderingsschema

Codes	subcodes	Thema's
Vindt het aankijken van de patiënt belangrijk	bewust contact met patiënt	patiëntencontact
Ziet oogcontact als waardevol		
Vindt oogcontact met patiënten erg belangrijk		
Ervaart het aanraken van de patiënt als goede zorg		
Vindt meer attentie voor de patiënt belangrijk		
Probeert continu bewust te zijn van de patiënt in bed		
Geeft meer bewust aandacht aan jongere patiënten		
Is zich erg bewust van de afhankelijkheid van patiënten		
Is zich bewust van de afhankelijkheid van patiënten		
Probeert te voorkomen dat een beademde patiënt geen gewoonte gaat worden		
Ervaart een leuke klik met een patiënt		
Mist persoonlijk contact met patiënten		
Ervaart kwetsbaarheid van wakkere, beademde patiënten		
Ervaart het als zwaar wanneer de patiënt alles mee krijgt		
Ervaart vertrouwen van patiënten		
Ervaart dankbaarheid van patiënten over de zorg		
Afdwalen van de patiënt geeft een kaal en afgestamd gevoel	Het tekort doen aan patiënten	
Soms minder geduld met patiënten 2		
Vindt het moeilijk om het niet begrijpen van de patiënt te accepteren		
Merkt dat er onder stress niet gekeken wordt naar de echte noden van de patiënt		
Vindt het moeilijk wanneer een patiënt niet begrepen wordt		
Vindt het lastig om er niet te kunnen zijn voor de patiënt		
Probeert zich te excuseren bij de patiënt		
Staat zelf niet altijd goed stil bij wat de patiënt mee maakt		
Ervaart dat beademde patiënten steeds meer normaal wordt		
Probeert zich te excuseren bij de patiënt		
Kan sneller handelen bij niet pratende patiënten		
Mijdt soms confrontatie met patiënten		
Patiënten begrijpen lukt niet altijd		
Is weleens gemakzuchtig bij niet pratende patiënten		
Ervaart in drukke diensten onvoldoende aandacht voor de patiënt		
Heeft moeite met het weglopen bij patiënten		
Probeert te voorkomen dat een beademde patiënt	Normen en	

geen gewoonte gaat worden	waarden	
Vindt het tonen van empathie erg belangrijk		
Probeert tijd te nemen om de patiënt te begrijpen		
Vindt humor voor de patiënt erg belangrijk		
Probeert continu bewust te zijn van de patiënt in bed		
Vindt uitleg aan patiënten bij handelingen erg belangrijk		
Probeert continu op de wens van de patiënt in te gaan 2		
Vindt een klik met een patiënt belangrijk		
Vindt het belangrijk dat patiënten weten wat er verwacht wordt		
Vindt het belangrijk om patiënten als gelijkwaardig te behandelen		
Vindt het belangrijk om de patiënten te laten zien dat ze naast ze staat		
Vindt het belangrijk dat er naar de patiënt geluisterd wordt		
Vindt het belangrijk dat patiënten weten dat ze worden geholpen		
Vindt het belangrijk om patiënten uit te leggen waarom we dingen doen		
Vindt het belangrijk dat patiënten zich begrepen voelen		
Vindt het erg fijn dat er naar patiënten geluisterd wordt 2		
Vindt het belangrijk om rekening te houden met de zorgbehoefte van patiënten		
Vindt geduld met patiënten erg belangrijk 2		
Vindt het belangrijk ook verwachtingen naar de patiënt te uiten		
Vindt het belangrijk patiënten te vertellen waarom handelingen uitgevoerd worden		
Vindt het fijn dat patiënten begrijpen wat haar functie is		
Merkt dat het rustgevend is voor de patiënt om ze te begrijpen		
Lukt het bijna altijd om patiënten te begrijpen		
Klik met een patiënt door wederzijds begrip		
Ervaart duidelijkheid en goede uitleg als belangrijk voor patiënten		
Ervaart het ingaan op de basisbehoefte van de patiënt als belangrijk		
Humor geeft afleiding		
Ervaart het uitleg geven aan patiënten als belangrijk		
Patiënt als normaal zien geeft zelfbescherming	Zelfbescherming	
Staat zelf niet altijd goed stil bij wat de patiënt mee maakt		
Focust zich bij slapende patiënten alleen op de handelingen		
Ervaart de patiëntenzorg niet meer als eng of spannend		

Het zien van zieke patiënten wordt normaal 3		
Neemt het voor lief dat patiënten je niet altijd begrijpen		
Trekt jongere patiënten meer naar zich toe	Voorkeur/verschil patiënten	
Vindt de zorg voor minder zieke patiënten leuk		
Trekt jongere patiënten meer naar zich toe		
Heeft meer gevoelens bij minder zieke patiënten		
Ervaart voorkeur voor complexe casussen		
Ervaart niet altijd gelijkwaardigheid bij benadering van patiënten		
Heeft bij jongere patiënten meer de neiging een gesprek aan te gaan		
Ervaart sneller een klik met een patiënt die minder ziek is		
Ervaart meer gelijkwaardigheid bij minder zieke patiënten		
Geeft jongere patiënten en hun familie meer aandacht dan oudere		
Zit bij oudere patiënten meer in de werkmodus		
Kan zich beter inleven in jongere patiënten		
Vindt de ziekere patiënten het leuk om voor te zorgen		
Vertrouwt patiënten niet altijd 2	Moeite in contact	
Het zorgen voor wakkere beademde patiënten kost geduld		
Ervaart de omgang met wakkere, beademde patiënten soms als lastig		
Schaamt zich wanneer hij de patiënt niet begrijpt		
Heeft soms moeite met het opbrengen van geduld voor zorg		
Zou patiënten beter willen begrijpen		
Ziekere patiënten vragen om meer geduld en moeite		
Vindt het soms moeilijk om te zien wat een patiënt wil		
Vindt het soms moeilijk om de patiënt als gelijke te zien		
Soms minder geduld met patiënten		
Vindt het zorgen voor wakkere patiënten moeilijk 2		
Ervaart het aandacht geven aan de patiënt naast alle taken als lastig		
Heeft het gevoel streng te moeten zijn tegen patiënten		
Heeft moeite met het beoordelen van bewustzijn van patiënten		
Ervaart meer geduld naar patiënten als ze goed in haar vel zit		
Heeft soms het gevoel patiënten te vermoeien met vragen		
Ervaart het als frustrerend wanneer patiënten geen instructies op kunnen volgen		
Vindt de zorg voor niet pratende patiënten minder leuk	Niet leuk aan contact	

Vindt het vervelend om patiënten dingen op te moeten leggen		
Ervaart ontevredenheid ondanks het doen van uiterste best		
Vindt discussiëren bij de patiënt schadelijk	Schadelijk voor contact	
Ziet discussies bij de patiënt als stressvol voor patiënten		
Ervaart het als een keuze tussen de taken of aandacht voor de patiënt		
Ervaart het isoleren van patiënten als erg vervelend voor de patiënt		
Piekt soms	Piekeren	Emoties verpleegkundigen
Schiet 's nachts wakker 2		
Piekt over gemaakte keuzes op werk 2		
Praat thuis om dingen van zich af te zetten		
Blijft doormalen wanneer hij zijn mening niet uit		
Ligt tegenwoordig niet meer wakker van dingen		
Piekt soms		
Kon soms nachten niet goed slapen door piekeren		
Trekt zich de zichtbare ellende en verdriet aan	Oorzaken van "negatieve" gevoelens	
Voelt zich geraakt door leed van familie		
Verdriet komt hard binnen bij herkenning gedrag		
Trekt zich bedreiging van familie erg aan		
Voelt zich zwak bij het niet weten wat te doen		
Wordt onzeker van wat anderen van haar vinden		
Voelt zich met momenten hard		
Vindt het lastig om patiënten gefrustreerd te zien		
Voelt zich geleefd op werk		
Vindt het zwaar om jonge patiënten te hebben		
Vindt het fijn om niet te weten wat je te wachten staat		
Raakt sneller geïrriteerd bij het niet begrijpen van patiënten		
Associatie met persoonlijke situatie is heel zwaar		
Voelt zich mee gesleept door emoties		
Vindt het zwaar om niet altijd te kunnen zeggen wat mensen willen horen		
Voelt zich soms onzeker over wat anderen van haar denken		
Voelt zich tekort doen		
Voelt zich onzeker en bescheiden		
Voelt zich het middelpunt dat langs alle kanten vragen krijgt		
Raakt sneller geïrriteerd bij het niet begrijpen van patiënten		
Voelt zich slap bij het niet uiten van zijn mening		

Voelt zich niet prettig bij geroddel		
Voelt een zware verantwoordelijkheid		
Trekt zich de zichtbare ellende en verdriet aan		
Ervaart emoties wanneer verdriet van mensen lijkt op eigen verdriet		
Heeft ervaring als familie van kritieke patiënt		
Lijkt het verschrikkelijk om patiënt te zijn		
Trekt zich bedreiging van familie erg aan		
Werk relativeren doet goed	Omgaan met gevoelens	
Staat niet graag in de belangstelling 2		
Ervaart moeite om dingen los te laten		
Ervaart vastgeroeste gevoelens		
Ervaart morele stress		
Vindt zichzelf een conflict vermijdend persoon		
Voelt zich steeds minder goed bij emotionele situaties op werk		
Voelt zich wisselend geraakt		
Wordt minder streng voor zichzelf		
Is zich bewust van geweten		
Vindt dat ze als verpleegkundige veel moet slikken		
Heeft zich neergelegd bij de oneerlijkheid van het leven		
Is continu bezig mensen tevreden te stellen		
Thuis voelt als een andere wereld		
Probeert niet te huilen bij familie 2	Bedwingen van emoties	
Vindt dat ze als verpleegkundige veel moet slikken		
Vindt het niet professioneel om te huilen bij familie		
Voelt hoge verwachtingen vanuit zichzelf		
Moest bijna huilen bij het geven van slecht nieuws		
Moet zich vertrouwd voelen om zich open te kunnen stellen		
Voor zichzelf opnemen gaf een trots gevoel	Oorzaken van positieve gevoelens	
Vindt spanning fijn op werk		
Heeft meer humor als ze goed in haar vel zit		
Wordt bijna emotioneel van wederzijds begrip		
Ervaart vertrouwen van anderen als fijn		
Onherkenbare manieren van verdriet raken minder		
Gaat graag om met mensen		
Voelt zich gefrustreerd	Frustraties/irritaties	
Heeft moeite met frustratie bij patiënten		
Heeft soms het gevoel dingen beter anders te hadden gedaan		
Irritatie bij verwarde patiënten		
Ervaart soms dat je elkaar totaal niet begrijpt		
Irritatie bij delirante patiënten		
Ervaarde agressieve familie	Moeilijk aan zorg voor familie	Familie

Vindt communicatie met familie soms moeilijk 2		
Vindt agressief gedrag van familie erg vervelend		
Leeft erg met familie van jongere patiënten mee		
Ervaart dat familie maar één ding wil horen		
Ervaart dat familie regels probeert te overschrijden		
Vindt het zwaar om familie verdrietig te zien		
Familie heeft veel moeite met het zien van de patiënt		
Familie heeft veel aandacht nodig		
Voelde zich bedreigd door familie		
Ook familie schrikt van isolatie		
Vertrouwensband met familie is erg belangrijk 2	Vertrouwensband	
Vindt het moeilijk wanneer de familie geen vertrouwen in het ziekenhuis heeft		
Vertrouwen winnen van familie is erg belangrijk 2		
Ervaart sterke en nuchtere familie als fijn		
Hecht veel waarde aan een vertrouwensband met familie		
Ervaart het afvallen van collega's als schadelijk voor de vertrouwensband met de familie		
Voor familie is het erg belangrijk om te doen wat we kunnen doen	Belangrijk in zorg voor familie	
Probeert familie te behandelen als eigen familie 2		
Probeert familie bij de zorg te betrekken		
Vindt het belangrijk dat de familie goed op de hoogte is van wat wij doen		
Vindt eerlijkheid naar familie erg belangrijk		
Probeert familie zoveel mogelijk bij de zorg te betrekken		
Vindt het geruststellen van familie belangrijk 2		
Vindt het belangrijk dat familie ziet dat de patiënt comfortabel is		
Zou zelf houvast hebben door veel familie gesprekken		
Heeft het gevoel dat het tonen van persoonlijke interesse wordt gewaardeerd		
Ervaart goede uitleg voor familie als belangrijk		
Vindt het leuk om familie te begeleiden	Vind de zorg voor de familie leuk/belangrijk	
Heeft interesse in de patiënt en zijn familie		
Ziet familiebegeleiding als een uitdaging		
Vindt familie erg belangrijk		
Laat familie merken echt mee te leven		
Voelt ongemak bij verdrietige familie		
Ziet steeds eigen familie voor zich		
Vindt duidelijkheid voor familie erg belangrijk		
Vindt familiebegeleiding moeilijk		
Vindt het belangrijk dat de familie een goede indruk van de IC heeft	Tevredenheid familie	
Vindt het moeilijk om familie teleur te stellen		

Complimenten van familie krijgen doet goed		
Vindt het fijn om gewaardeerd te worden door familie		
Is veel bezig met het tevreden houden van familie en patiënten		
Begrip van familie stelt gerust		
Ervaart het als fijn om door familie begrepen te worden		
Ervaart dankbaarheid van familie en vindt dit fijn		
Denkt dat de communicatie met beademde patiënten beter moet kunnen	Ervaart onvoldoende communicatie	Communicatie met patiënten
Vindt de communicatie met beademde patiënten onvoldoende 2		
Vindt de communicatie met patiënten onvoldoende 2		
Ervaart communicatie met wakkere, beademde patiënten als moeilijk	Heeft moeite met communicatie	
Vindt het moeilijk om te communiceren met wakkere, beademde patiënten		
Ervaart verminderd contact met patiënten als lastig		
Ervaart het niet communiceren met patiënten als lastig		
Schaamt zich wanneer hij de patiënt niet begrijpt	Trekt zich moeite met communicatie aan	
Vindt het heel erg om niet te kunnen communiceren met patiënten		
Voelt frustratie wanneer hij de patiënt niet begrijpt		
Voelt frustratie wanneer ze een patiënt niet kan begrijpen		
Vooraf in communicatie met patiënten is geduld belangrijk	Aspecten voor goede communicatie	
Vindt communicatie iets dat niet mag worden vergeten 3	Hecht belang aan communicatie	
Vindt het fijn om patiënten te begrijpen		
Vindt het interessant om gesprekken te hebben met patiënten en familie		
Vindt pogingen tot communicatie erg belangrijk		
Voelt een bepaalde vorm van intimiteit door wederzijds begrip		
Vindt het belangrijk om altijd een poging te blijven doen om met de patiënt te communiceren		
Vindt het belangrijk om te blijven proberen communiceren met beademde patiënten		
Probeert tijd te nemen om de patiënt te begrijpen	Oorzaken slechte communicatie	
Ervaart weinig tijd voor communicatie		
Communicatie met patiënten kost veel tijd		
Kan beter een gesprek aangaan met jongere patiënten		
Communicatie met beademde patiënten kost veel geduld		

Loopt soms tegen een taalbarrière aan		
Ervaart gespannenheid of stress bij de patiënt als blokkade voor begrip		
Begrijpt patiënten niet altijd door verwardheid		
Kan patiënten moeilijk peilen door het ontbreken van communicatie	Gevolgen van slechte communicatie	
Kan patiënten soms moeilijk peilen		
Werken in eigen kleding voelt niet professioneel	Professioneel door uniform	Uniform
Ervaart het dragen van een uniform als professioneel		
Uniform zet dingen in verhouding		
Voelt zich meer op gemak in uniform	Voelt goed in uniform	
Uniform geeft duidelijkheid 2		
Voelt zich meer zichzelf in uniform		
Vindt het fijn om een uniform te dragen		
Is aan het werken in uniform gewend geraakt		
Ervaart het dragen van een uniform als normaal		
Ervaart het uniform als duidelijkheid voor de patiënt		
Ervaart het uniform als wel zo hygiënisch		
Uniform zet de patiënt in de rol van patiënt	Rolverdeling door uniform	
Uniform geeft je macht		
Voelt zich in haar rol door uniform		
Uniform zet dingen in verhouding		
Een uniform is handig om een functie te onderscheiden		
Voelt zich herkenbaar in uniform		
Uniform zet de patiënt in de rol van patiënt		
Ervaart het dragen van een uniform als onderscheidend		
Ervaart dat patiënten nachtmerries over ons uniform hebben	Negatieve gevolgen van uniform	
Ervaart het dragen van eigen kleding als warm en huiselijk		
Ervaart een passieve houding van patiënt door uniform		
Voelt zich meer bekeken in uniform		
Het dragen van een uniform creëert afstand		
Uniform scheidt verwachtingen 2		
Vindt het fijn om in een groot team te werken	Positieve ervaringen in het team	Team
Vindt het leuk om van elkaar te leren 2		
Ziet het werken met verschillende collega's als een uitdaging		
Vindt teamwork erg belangrijk		
Geeft aan dat collega's hun best doen om goed te zorgen		
Vindt het leuk om elkaar te versterken		
Ervaart het als goed wanneer de functieverdeling		



duidelijk is		
Voelt zich minder veilig bij groepsvorming binnen het team	Negatieve aspecten van het team	
Vindt de ene collega meer geduldig dan de andere 2		
Voelt zich meer op haar gemak in kleinere groepjes		
Onenigheid met collega zit niet lekker		
Vindt sommige collega's niet empathisch		
Ervaart snel irritaties bij collega's		
Voelt zich in een grote groep niet zo vertrouwd		
Geen goede samenwerking kost stress		
Ervaart geen hulp door drukke diensten		
Ervaart onderlinge strijd tussen collega's		
Vindt het belangrijk dat de samenwerking goed verloopt	Waarden in het team	
Ervaart vrijheidsbeperking bij patiënten door afdelingsregeltjes	Afdelingscultuur	
Ervaart cultuur als niet fijn		
Ervaart culturele regeltjes op de afdeling		
Ervaart de sfeer op de afdeling als gevarieerd		
Ervaart bij sommige collega's een focus op het netjes en recht in bed liggen		
Ervaart werk anders dan tien jaar geleden	Veranderingen	
Ervaart minder geroddel op de nieuwe IC		
Ervaart de sfeer op de nieuwe IC beter dan op de oude IC		
Ziet vooruitgang in het nemen van medische beslissingen	Vooruitgang in ethiek	Medische besluiten
Verbaast zich over goede ethische beslissingen op werk 2		
Voelt zich gehoord in beslissingen		
Beseft steeds beter wat en waarom ze dingen doet		
Ervaart nu meer bespreekbaarheid van ethische problemen		
Is positief verrast over het laten overlijden van een patiënt		
Vond het heel mooi dat er gehandeld werd naar de wil van de patiënt	Belangrijke waarden in besluiten	
Stilstaan bij de reden van handelingen		
Vindt het belangrijk om de uitgangspositie van de patiënt in kaart te brengen		
Ervaart een continue overweging van de behandeling als belangrijk		
Stilstaan bij de reden van handelingen		
Vindt het belangrijk dat haar mening serieus genomen wordt	Waarde eigen mening	
Vindt het belangrijk om achter medische beslissingen te staan		
Vindt het fijn om een eigen mening te kunnen geven		
Overziet niet altijd alle argumenten die meespelen bij		

een medische beslissing		
Vindt het fijn om beslissingen te mogen nemen		
Ervaart dat er naar zijn mening geluisterd wordt		
Heeft het gevoel dat er naar haar geluisterd wordt		
De zorg verandert niet wanneer de verpleegkundige niet achter het beleid staat		
Is zich tijdens het werk bewust van de situatie	Emoties medische besluitvorming	
Legt zich soms neer bij beslissingen met een gelaten gevoel		
Loopt soms tegen het behandelplan aan		
Heeft moeite met handelen zonder de wens van de patiënt te weten		
Heeft moeite met eindeloos doorbehandelen		
Heeft wel eens moeite met medische beslissingen		
Handelingen hebben niet altijd het gewenste resultaat		
Ervaart niet altijd te handelen naar bestwil van de patiënt		
Heeft moeite met onvoorspelbaarheid van prognoses		
Heeft ervaren dat leeftijd niet veel zegt		
Ervaart de kwaliteit van behandeling voor patiënten niet altijd als goed		
Ervaart wel eens onenigheid met het beleid		
Ervaart het als vervelend om niet achter het beleid te staan		
Ervaart het als zwaar wanneer de mening van de patiënt niet gerespecteerd wordt		
Heeft moeite met het uitzichtloos behandelen van patiënten		
Accepteert soms het beleid en heeft hier moeite mee		
Begrijpt de noodzaak van medische zorg		
Denkt dat niet iedere verpleegkundige goede zorg kan geven naast techniek	Techniek belemmert zorg	Techniek
Techniek neemt veel tijd in beslag		
Tijd voor techniek gaat ten koste van tijd voor de patiënt		
Ervaart soms meer bezig te zijn met techniek dan met de patiënt		
Ervaart geen goede begeleiding van patiënten rondom deze techniek		
Tijd voor techniek gaat ten koste van tijd voor de patiënt		
Ervaart dat het makkelijk is om je te verliezen in getallen		
Ervaart dat sommige collega's meer naar getalletjes kijken dan naar de patiënt		
Kan de patiënt en de apparaten niet tegelijkertijd aandacht geven		
Techniek neemt veel tijd in beslag		
Techniek leidt niet meer af van de patiënt	Ervaren in techniek	

	is van belang voor zorg	
Kan goede zorg geven ondanks techniek		
Techniek leidt niet meer af van de patiënt		
Ervaart dat apparaten die minder gebruikt worden veel tijd en aandacht kosten		
Ervaart complexe handelingen niet meer als complex		
Vindt verpleegtechnische zorg leuk	Techniek als leuk aspect van werk	
Vindt de snel groeiende technische mogelijkheden eng	Gevoelens bij technische mogelijkheden	
Voelt zich kundig door techniek		
Ervaart techniek als mooi		
Ervaart techniek als iets snel en ongrijpbaars		
Ervaart dat de innovatie van techniek harder gaat dan de ethische discussie		
Ervaart dat de techniek mensen boven het hoofd groeit		
Tevreden patiënten geven een goed gevoel	Tevreden patiënten	Voldoening
Vindt het fijn om bedankt te worden door patiënten		
Tevreden patiënten geven een goed gevoel		
Haalt voldoening uit dankbare familie		
Dankbaarheid van patiënten geeft voldoening		
Dankbare patiënten geven een goed gevoel 2		
Blijde en tevreden patiënten geven een boost		
Ziet graag mensen opknappen	Herstel / vooruitgang patiënten	
Familie iets kunnen bieden geeft een goed gevoel		
Vindt het erg fijn om vooruitgang te zien bij patiënten		
Haalt voldoening uit het bereiken van doelen		
Haalt voldoening uit het weerzien van patiënten na hun IC-opname		
Goed handelen dat leidt tot herstel geeft voldoening		
Hoopt dat patiënten beter worden		
Haalt voldoening uit herstel van patiënten		
Vindt een goede band met patiënt en familie het mooiste van het vak	Band met patiënt of familie	
Haalt voldoening uit gesprekken met patiënten		
Haalt voldoening uit een leuke klik met de patiënt 2		
De patiënt blijven zien in alles geeft voldoening		
Haalt voldoening uit het voeren van nazorg gesprekken		
Haalt voldoening uit gesprekken over het leven als iets kostbaars		
Haalt voldoening uit de omgang met de patiënt		
Wil er graag voor iemand zijn	Patiënten helpen	
Haalt voldoening uit het helpen van patiënten 2		
Het opnemen voor de patiënt geeft voldoening		
Geduldig zijn geeft voldoening		

Netjes zorgen geeft voldoening	Taken goed uitvoeren	
Ervaart meer voldoening bij geduld voor de patiënt dan bij het gemakkelijk ervan af brengen		
Haalt plezier uit diversiteit	Diversiteit	
Sociale druk leidt tot tijdsnood voor patiënten	Sociale druk	Druk ervaren
Voelt zich onder druk gezet door de cultuur op de IC		
Sociale druk leidt tot tijdsnood voor patiënten		
Ervaart continu vriendelijk zijn als vermoeiend		
Ervaart druk van collega's		
Ervaart een schild te moeten hebben		
Ervaart druk van collega's om taken netjes af te ronden		
Wanneer patiënten je niet begrijpen kost dit extra tijd	Tijdsdruk	
Ervaart soms tijdsdruk		
Heeft soms minder geduld door tijdsdruk		
Mist tijd voor de patiënt		
Heeft te weinig tijd voor de patiënt 2		
Ervaart tijdsdruk op werk		
Ervaart met name in dagdiensten tijdsdruk		
Vindt het lastig om te moeten kiezen tussen taken en aandacht voor de patiënt	Druk door keuzes	
Ervaart werkdruk door verantwoording soms negatief, soms positief	Druk door verantwoording	
Ervaart angst voor juridische maatregelen		
Moet soms opletten geen klacht te krijgen		
Ervaart stress door verantwoording		
Voelt prestatiedruk vanuit unithoofd	Prestatiedruk	
Voelt prestatiedruk		
Voelt zich alsof ze zich moet bewijzen		
Ervaart prestatiedruk door cultuur op werk		
Ervaart dat de tijd voor patiënten afneemt door prestatiedruk		
Ervaart druk door scholingen		
Ervaart een prestatiedruk op de afdeling		
Ervaart druk door foutcontrole		
Ervaart een druk om goed te moeten doen		
Ervaart veel diensten achter elkaar als zwaar	Werkdruk	
Ervaart minder geduld door werkdruk		
Ervaart dat de patiënt soms wordt vergeten door drukte		
Ervaart drukke diensten		
Ervaart drukte op de afdeling		
Ervaart een hoge werkdruk als logisch		
Ervaart interesse van anderen naar werk	Interesse van buitenstaanders	Interessant aan werk
Vindt het werk leuk en interessant	Interesse voor werk	
Vindt het werken op de IC leuk		
Ervaart verscheidenheid van opnames als fijn		
Houdt van verdieping en meedenken in theorie		

Vindt ethische problematiek interessant		
Voelt zich nooit uitgeleerd		
Is nieuwsgierig		
Ervaart de praktijkervaring van verpleegkundigen en de kennis van artsen als een leuke combinatie		
Luistert graag naar patiënten en familie	Interesse in de mens	
Vindt diversiteit in patiënten fijn		
Vindt het leuk om een compleet plaatje te zien van de patiënt		
Ervaart verschillende soorten mensen als interessant		
Ervaart gesprekken met doodzieke mensen als levenslessen		
Raakt uitgekeken op het werk 2	Zou ergens anders willen werken	Negatief over werk
Mist uitdaging op werk		
Voelt een drang om ander werk te zoeken		
Vindt het niet meer leuk om voor erg zieke mensen te zorgen	Zware aspecten van werk	
Vindt het mobiliseren van de patiënt zwaar		
Vindt het niet leuk om voor een patiënt in isolatie te zorgen		
Vindt het niet fijn om isolatiekleding te moeten dragen		
Ervaart isolatie als extra werk		
Isolatie kleding voelt benauwd en warm		
Ervaart het omkleden bij een geïsoleerde patiënt als werkbelasting		
Ervaart het werk als mentaal vermoeiend		
Ervaart het als absurd dat patiënten strak in bed moeten liggen	Oneens over aspecten	
Heeft moeite met niet flexibele bezoektijden		
Twijfelt of medische zorg goede zorg is 2	Minder goede zorg	Goede zorg
Ervaart minder goede zorg bij hoge werkdruk		
Vindt het belangrijk dat de patiënt geen meningsverschillen mee krijgt		
Wil patiënten en familie vertrouwen geven	Belangrijk voor goede zorg	
Vindt dat de patiënt zich veilig moet voelen		
Vindt het geven van goede zorg erg belangrijk		
Vindt het niet erg om dingen normaal te vinden zolang er goede zorg gegeven wordt		
Zorgt beter als ze goed in haar vel zit		
Ziet tevreden patiënten als een resultaat van goede zorg		
Vindt informatievoorziening erg belangrijk		
Kan haar werk beter doen als ze goed in haar vel zit		
Kan meer aan als ze goed in haar vel zit		
Ervaart zorg als goed wanneer het holistische plaatje gezien wordt		

Ervaart een conflict met een arts	Onenigheid met artsen	Contact met artsen
Vindt het lastig als er geen open houding is om van elkaar te leren		
Wordt onzeker van onwetende artsen		
Ervaart dat artsen meer hoop zien dan verpleegkundigen		
Heeft niet altijd een leuke klik met artsen		
Voelt zich gehoord door de arts	Goede verhouding met artsen	
Ervaart dat verpleegkundige best-practice methodes gebruiken en artsen evidence based		
Ervaart dat artsen anders kijken dan verpleegkundigen		
Ervaart meestal een open houding bij artsen		
Voelt zich veilig door artsen		
Voelt verwachtingen vanuit artsen	Druk door artsen	
Ervaart minder kennis te hebben dan de arts		
Ervaart onzekerheid bij verwachtingen van artsen		
Voelde zich gefrustreerd door een arts die haar geen gehoor gaf	Hiërarchie	
Had het gevoel dat de arts niet naar haar luisterde		
Ervaart een soort van arrogantie bij artsen		
Ervaart een artsenjas als iets hiërarchisch		
Ervaart een haantjescultuur op de afdeling		
Wil macht niet misbruiken	Moeite met macht	Macht
Voelt macht over niet pratende patiënten		
Vindt macht over patiënten gevaarlijk		
Ervaart gevaar voor misbruik van macht		
Ervaart een innerlijke strijd met zichzelf rondom macht		
Betrapt zichzelf soms op misbruik van macht	Ervaart macht	
Ervaart een beetje gezag over patiënten als fijn		
Ervaart dat er snel geklaagd wordt		
Uniform geeft je macht		
Ervaart dat patiënten en familie het fijn vinden om gehoord te worden	Belang van erkenning voor patiënten en familie	Erkenning
Probeert de patiënten zich waardig te laten voelen		
Voelt zich bewust van het hoge stressniveau van patiënten		
Vindt het belangrijk dat mensen zich gehoord en begrepen voelen		
Vindt het belangrijk om de patiënt in het bed te zien		
Probeert de patiënten zich waardig te laten voelen		
Vindt het belangrijk dat patiënten zich gezien en gehoord voelen		
Ervaart dat patiënten en familie het fijn vinden om gehoord te worden		
Probeert de patiënten zich waardig te laten voelen		

Voelt zich bewust van het hoge stressniveau van patiënten		
Vindt het belangrijk dat mensen zich gehoord en begrepen voelen		
Vindt het belangrijk om de patiënt in het bed te zien		
Probeerde de patiënten zich waardig te laten voelen		
Vindt het belangrijk dat patiënten zich gezien en gehoord voelen		
Zou zelf willen zien dat mensen echt meeleven 2	Meeleven	
Ervaarde nut van agressietraining	Nut van training	Agressie
Weet goed grenzen aan te geven bij agressietraining		
Vindt agressief gedrag van familie erg vervelend	Negatieve gevoelens bij agressie	
Hart ging sneller kloppen bij non-verbale agressie van familie		
Denkt graag mee over de behandeling van patiënten	Meedenken	Meedenken
Wil niet alleen uitvoeren, maar ook meedenken		
Vindt het frustrerend als artsen niet open staan voor haar kennis		
Vindt het leuk om met artsen mee te denken		
Vindt het leuk om theoretische kennis te testen in de praktijk		
Voelt zich steeds zekerder op de afdeling	Trots op persoon	Trots
Voelt zich gevormd door realiteit		
Is niet bang voor klachten	Trots op handelen	
Is niet bang om een eigen mening te geven		
Beheerst de techniek goed		
Heeft vertrouwen in eigen handelen		
Ervaarde trots door het aangeven van grenzen		
Ervaart acute situaties niet meer als spannend	Spanning	Acute situaties
Vond vroeger de spanning fijn		
Acute momenten geven een leuke spanning		
Vindt het vreselijk wanneer er niet naar de patiënt gekeken wordt in acute situaties	Negatieve ervaringen	
Vindt het acute en spannende werk steeds minder leuk		
Voelt zich opgelaten in acute situaties		
Vindt alarmen in acute situaties storend		
Hervindt rust door protocollair handelen	Fijne ervaringen	
Ervaart stress in acute situaties als prettig		
Een overlijden heeft een wisselende impact	Moeite met overlijden	Overlijden
Trok het zorgen voor een stervende patiënt niet bij persoonlijke confrontatie		
Wanneer een overlijden persoonlijk raakt is dit moeilijk		
Trok het zorgen voor een stervende patiënt niet bij persoonlijke confrontaties		
Kan er rust in vinden als patiënten overlijden	Rust bij overlijden	
Werd kwaad toen de mening van de patiënt niet	Voelt zich	Opnemen voor

gerespecteerd werd	verantwoordelijk voor patiënt	patiënt
Voelt alsof wij over patiënten beslissen		
Voelt verantwoording		
Ziet het opkomen voor de patiënt als een taak		
Voelt steeds meer verantwoording		
Voelt zich verantwoordelijk voor de patiënt		
Vindt het belangrijk om rekening te houden met de mening van de patiënt		
Voelt zich soms een buffer tussen de patiënt en medici		
Voelt zich verantwoordelijk voor onnodig lijden van patiënten		
Wat gij niet wil dat u geschied, doe dat ook een ander niet	Waarden	Waarden
Belangrijk om te laten zien dat we alles doen wat we kunnen		
Vindt het belangrijk om een eigen mening te kunnen geven		
Vindt dat de patiënt zich veilig moet voelen		
Hecht veel waarde aan holistisch denken		
Ervaart het als belangrijk hoe mensen in het leven staan		
Voelt de verwachting tot een beroepsmatige houding	Verwachtingen	Verwachtingen
Heeft het gevoel professioneel en netjes te moeten zijn		
Ervaart toegenomen verwachtingen		
Ervaart soms een tekort aan tentakels		
Ervaart hoge verwachtingen		
Voelt de drang om alles goed te moeten doen		
Energie raakt soms op door tevreden stellen mensen	Moe door mensen	Energie eters
Energie raakt soms op door werken met mensen		
Wordt soms moe van schikken naar familie		
Wordt bij moeheid gek van onnodige alarmen		
Veel in moeten leven kost energie		
Vindt het zwaar om continu familie en patiënten tevreden te houden		
Zou bij moeheid uit de beroepsrol willen stappen		
Kan zich door mensenmoeheid even niet meer beroepsmatig opstellen		
Patiënten die je niet begrijpen kosten veel energie		
Veel in moeten leven kost energie		
Ervaart soms mensenmoeheid		
Ervaart continu een alerte modus op werk	Moe door werk	
Aandacht geven naast je handelen vraagt veel meer van je		
Durft ergens tegenin te gaan	Ervaart assertiviteit	Assertiviteit
Voelt zich sterker worden door meer werkervaring		
Het niet geven van je eigen mening geeft een onprettig gevoel		
Merkt dat verpleegkundigen steeds mondiger worden		



Krijgt steeds meer lak aan meningen van collega's		
Ervaart angst voor besmetting door patiënt	Angst voor patiënt	Angst
Ervaart meer afstand door angst voor besmetting		
Ervaart angst voor een volle emmer qua emotie	Angst voor emotie	
Ervaart angst om fouten te maken	Angst voor fouten	
Is bang om dingen over het hoofd te zien		
Denkt dat de IC alleen voor jonge mensen is bedoeld	Nut van IC	Nut van de IC
Een paar uur geen aandacht voor de patiënt voelt als onmenselijk	Onmenselijk	Humaan
Ervaart medische zorg als niet zo menselijk		
Krijgt meer oog voor de mens achter de patiënt	Bewust van mens	
Voelt een gevaar om af te dwalen van de patiënt		
Ervaart het als zwaar om met echte mensen te werken		
Ervaart empathische gevoelens niet altijd als fijn	Moeite met empathie	
Ervaart het werken zonder uniform als meer menselijk	Menselijk	
Een kijk op de patiënt zegt meer dan alarmeren	Belang klinische blik	Klinische blik
Praat thuis over casussen die raken	Steun door praten	Steun ervaren
Verhaal lichten bij collega is effectief		
Praat thuis over casussen die raken		
Praat thuis om dingen van zich af te zetten		
Verhaal lichten bij collega's is effectief		
Thuis voelt als een andere wereld	Voelt een bepaalde rol	Rol
Kan beter in een beroepsrol zitten bij oudere patiënten		
Vindt een duidelijke rolverdeling belangrijk		
Voelt zich iemand anders op werk, een professional		
Ervaart het werk als verpleegkundige als een rol		