

WERK OP DE EXISTENTIËLE GRENS

Hoe actoren via taal, lichaam en relatie samen de patiëntautonomie beschermen in de abortus- en euthanasiezorg

Puck Lambooi, 2892494

Vrije Universiteit Amsterdam, Beleid Communicatie en Organisatie

Begeleider: J.O. Wiering

25-06-2026

16.000 woorden

Dit onderzoek brengt de literatuur over meaningful work en dirty work met elkaar in dialoog om te begrijpen hoe actoren navigeren tussen hun professionele betekenisgeving en het maatschappelijke stigma rondom hun werk. Met een focus op de alledaagse werkpraktijk introduceert het de conceptuele term 'existentiële grens': de voortdurende confrontatie met kwetsbaarheid, onomkeerbaarheid en zelfbeschikking, waar abstracte regels en de fysieke realiteit van het handelen samenkomen. Aan de hand van negentien semigestructureerde interviews met artsen en buddy's in de Nederlandse abortus- en euthanasiezorg laat dit onderzoek zien dat actoren de morele zwaarte van hun werk voortdurend opnieuw bepalen: naar de buitenwereld toe, in het eigen lichaam en in de relatie met de patiënt. Op basis van deze bevindingen stel ik dat dit navigeren via drie mechanismen verloopt. Ten eerste sturen zij via taal het vertekende maatschappelijke beeld bij, dat de zwaarte in de abortuszorg overschat en in de euthanasiezorg onderschat. Ten tweede zetten zij de belichaamde frictie – sterk gestuurd door wat zintuiglijk als leven wordt herkend – actief opzij om bij de wens van de patiënt te blijven. Ten derde is er in de praktijk sprake van een complementaire wisselwerking: de arts bewaakt de medisch-juridische kaders en de buddy doorbreekt het sociale isolement, waardoor zij in effect gezamenlijk de autonomie van de patiënt beschermen. Hiermee breidt dit onderzoek de literatuur over dirty work uit door aan te tonen dat stigmamanagement niet alleen naar binnen maar ook naar buiten gericht is en gedecentraliseerd raakt over actoren binnen én buiten de zorgorganisatie. Tegelijk draagt het bij aan het onderzoek naar meaningful work door te tonen dat zingeving op deze grens een relationele prestatie is die geen dankbaarheid vereist, en pas vastloopt wanneer een systeem de patiëntenautonomie blokkeert of de nood van de patiënt verder reikt dan de actor kan oplossen.

1. Inleiding

Voor de deuren van Nederlandse abortusklinieken confronteren demonstranten zorgmedewerkers en bezoekers dagelijks met een veroordeling van de naderende ingreep (Stisan, 2019). Hoewel gemeentelijke bufferzones inmiddels voor enige rust zorgen (College voor de Rechten van de Mens, 2019), blijft het maatschappelijke stigma onverminderd voelbaar. In deze beladen ruimte ontstaat direct een gelaagde dynamiek: terwijl de arts zich binnen de kliniek voorbereidt op de medische procedure, staat buiten een vrijwillige buddy klaar om de patiënt oordeelvrij langs de demonstranten te begeleiden. Een vergelijkbare verdeling is zichtbaar in de euthanasiezorg, in het bijzonder bij complexe trajecten rondom psychisch lijden. Terwijl de arts door dwingende wetgeving noodgedwongen een formele, toetsende afstand moet bewaren, stapst de euthanasiebuddy juist naar voren om de eenzaamheid van de patiënt op intermenselijk niveau te doorbreken. Wat deze beide zorgpraktijken bindt, is een fundamentele juridische en morele spanning. Zowel abortus als euthanasie zijn in Nederland in de basis strafbaar gesteld. Waar deze actoren handelen vanuit een wens om lijden te verlichten, benaderen de formele wetgeving en de dwingende bureaucratie het werk in de kern als een strafbaar uitzonderingsfeit (Pans, 2006; Postma & Buijsen, 2024). Dit dwingt professionals om de intieme, affectieve zorg aan het bed continu te vertalen naar de gestandaardiseerde, seculiere taal van de wet. Dit plaatst hen in een tweestrijd: zij verlenen zorg op het meest kwetsbare moment in een mensenleven, maar moeten continu navigeren door strikte juridische controle en publieke oordelen.

Toch is over de mensen die deze zorg dagelijks verlenen opvallend weinig bekend. Zowel het publieke debat als het wetenschappelijk onderzoek richt zich vooral op de vraag hoe de samenleving naar abortus en euthanasie kijkt, terwijl de beleving van de uitvoerende actoren zelf grotendeels buiten beeld blijft. Dat die ervaring onzichtbaar blijft, is geen toeval: het weggijken van wat maatschappelijk omstreden is, vormt zelf een wezenlijk onderdeel van het stigma (Pachirat, 2011; Jacobsen, 2016). Juist daarom is het van belang dit perspectief naar voren te halen. Daarbij is dit werk voor wie het verricht niet enkel een last: onderzoek laat zien dat juist maatschappelijk gemeden, maar als noodzakelijk erkend werk een sterke bron van betekenis kan vormen (Mercurio, 2019; Harris et al., 2011).

Het navigeren van deze spanning gebeurt op wat in deze scriptie wordt gedefinieerd als de existentiële grens. Met deze term wordt niet slechts de beëindiging van een zwangerschap of een leven bedoeld, maar de voortdurende confrontatie met de meest fundamentele thema's van het menselijk bestaan: onomkeerbaarheid, kwetsbaarheid, het recht op zelfbeschikking en het voorkomen van lijden. De complexiteit van dit werk ligt in een diepe paradox. Wat voor de maatschappij een abstracte, zwaarbeladen 'grenservaring' is waar men liever van weggijkt, vormt voor de arts en de buddy de dagelijkse, tastbare werkrealiteit (Moen, 2018). Zij moeten een professionele routine behouden in handelingen die inherent gaan over de absolute grens van het leven. In die routine komen abstracte regels direct samen met de fysieke praktijk. Het zetten van een handtekening of het fysiek afschermen van een patiënt bij de ingang is op deze grens meer dan een procedure; het is een moment waarop het oordeel van de buitenwereld direct voelbaar wordt in het werkveld.

Om te begrijpen hoe deze actoren zich in dit omstreden werk staande houden, biedt de academische literatuur doorgaans twee parallelle perspectieven. Enerzijds bestudeert de literatuur over gestigmatiseerd werk (dirty work) hoe professionals omgaan met de maatschappelijke 'besmetting' van hun werk en hun beroepsidentiteit daartegen beschermen; zij werpen verdedigingsmechanismen op tegen de afkeer van buitenaf (Ashforth & Kreiner, 1999). Anderzijds onderzoekt de literatuur over meaningful work waaraan werk zijn betekenis en betekenisvolheid ontleent: aan de intrinsieke waarde van de taak zelf, aan zelfverwezenlijking, en aan de bijdrage aan een doel buiten de eigen persoon (Rosso et al., 2010; Martela & Pessi, 2018). Beide stromingen verklaren elk een ander deel van dezelfde werkpraktijk, maar worden

doorgaans los van elkaar bestudeerd. In dit werk laten zij zich echter niet scheiden: het beheersen van het stigma en het ontlenen van betekenis voltrekken zich in hetzelfde handelen. Dit onderzoek brengt beide perspectieven daarom samen. Ondanks de waardevolle inzichten uit beide stromingen blijft de fysieke en relationele realiteit van de werkvloer veelal buiten beschouwing. De fysieke realiteit verwijst hierbij naar de directe, lichamelijke omgang met het lichaam en het lichaamsmateriaal die deze ingrepen onvermijdelijk met zich meebrengen; de relationele realiteit naar het gegeven dat de existentiële zwaarte niet door één professional alleen wordt gedragen, maar wordt verdeeld over de arts en de buddy rondom de patiënt. Binnen de klassieke theorievorming rondom stigmamanagement ligt de nadruk sterk op cognitieve processen: hoe de individuele werknemer zich mentaal distantieert van het externe oordeel of dit via taal neutraliseert (Ashforth & Kreiner, 1999).

Door deze focus ontbreekt de aandacht voor de manier waarop morele frictie in de praktijk belichaamd en gedeeld wordt. De spanning op de existentiële grens wordt immers niet enkel in het hoofd doordacht, maar fysiek ervaren, en voelbaar in de somatische weerslag van het werk. Daarnaast negeert een op het individu gerichte benadering de bredere dynamiek van de praktijk: de arts en de buddy werken vanuit gescheiden organisaties, maar vullen elkaar aan om de existentiële zwaarte rondom de patiënt op te vangen.

Dit onderzoek bekijkt de twee velden samen. Abortus- en euthanasiezorg zijn juridisch en moreel verwant, beide zijn in de basis strafbaar gesteld en maatschappelijk omstreden, maar verschillen sterk in hun concrete praktijk. Juist die combinatie van overeenkomst en verschil maakt het mogelijk te onderscheiden wat in dit werk een gedeeld patroon is en wat veldspecifiek is. Om de wisselwerking tussen innerlijke zingeving en externe druk inzichtelijk te maken, staat in deze scriptie de volgende hoofdvraag centraal: *Hoe navigeren actoren binnen het veld van de abortus- en euthanasiezorg de spanning tussen hun professionele betekenisgeving op de existentiële grens en het maatschappelijk stigma rondom hun werk?*

Om deze hoofdvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd met negentien semigestructureerde interviews, verdeeld over beide velden. In de abortuszorg vijf artsen en drie buddy's, en in de euthanasiezorg zeven artsen en vier buddy's. In deze gesprekken staat steeds centraal hoe de actoren zelf betekenis geven aan hun werk op de existentiële grens.

Om deze vraag te beantwoorden, integreert dit onderzoek de theorieën over dirty work en meaningful work met een sociomaterieel perspectief op morele stress (hoofdstuk 2). Na een verkenning van de specifieke juridische en maatschappelijke context in Nederland (hoofdstuk 3) en de methodologische verantwoording (hoofdstuk 4), volgt de empirische analyse van de dagelijkse werkpraktijk (hoofdstuk 5). Hierin wordt blootgelegd hoe actoren samen navigeren tussen maatschappelijke verwachtingen, belichaamde frictie en formele rol-afbakening. Uiteindelijk leidt dit in de conclusie (hoofdstuk 6) tot het inzicht dat zingeving op de existentiële grens geen geïsoleerd mentaal besluit is, maar een kwetsbaar, relationeel samenspel waarin instituties de patiënt evengoed kunnen beschermen als afbreken.

2. Stigma, zingeving en belichaming

2.1 Dirty work

Binnen de organisatiewetenschappen is er aandacht voor beroepen die regelmatig te maken krijgen met maatschappelijke weerstand of onbegrip. De theorie over *dirty work*, geïntroduceerd door Hughes (1962, pp. 7-8), beschrijft hoe de samenleving bepaald werk weliswaar als noodzakelijk beschouwt, maar er tegelijkertijd een afkeer van heeft. Om hiermee om te gaan, besteedt de maatschappij dit werk uit aan specifieke beroepsgroepen, waarna zij er doorgaans het liefst van wegbijkt. Klassieke voorbeelden zijn het ophalen van afval of het slachten van dieren voor consumptie; de samenleving wil wel het resultaat, maar

vermijdt de handeling zelf door deze bewust af te schermen achter muren en hekken. Pachirat (2011) illustreert dit aan de hand van de vleesindustrie: het fysiek onzichtbaar maken van het slachtproces beschermt de samenleving tegen een realiteit waar zij wel van afhankelijk is, wat bijdraagt aan de maatschappelijke acceptatie ervan. Jacobsen (2016) herkent een vergelijkbare paradox in de moderne omgang met de dood: hoewel de dood in de media als spektakel zichtbaar is, blijft de fysieke en biologische realiteit daarvan vaak verborgen, vanwege maatschappelijke weerzin. *Dirty work* biedt zo een bruikbaar vertrekpunt om te begrijpen waarom ook de abortus- en euthanasiezorg een maatschappelijk omstreden positie inneemt.

In navolging van Hughes (1958) onderscheiden Ashforth en Kreiner (1999, p. 415) drie categorieën besmet werk: fysieke, sociale en morele besmetting. Fysieke besmetting kan ontstaan door werkzaamheden met zaken die maatschappelijke weerstand oproepen, zoals straatvegers die in direct contact staan met vuil (Ashforth & Kreiner, 1999), of medewerkers in de vleesindustrie die dagelijks worden geconfronteerd met bloed en weefsel (Simpson et al., 2014). Sociale besmetting komt vaak voort uit intensief contact met gemarginaliseerde groepen, zoals bij gevangenisbewaarders, die door hun dagelijkse omgang met gedetineerden in de ogen van de samenleving een '*courtesy stigma*' of afgeleide besmetting ervaren (Ashforth & Kreiner, 1999). De derde categorie is morele besmetting, wat betrekking heeft op beroepen waarvan de handelingen door de buitenwereld als ethisch twijfelachtig worden gezien, zoals het werk in de seksindustrie dat directe weerstand kan oproepen omdat het in strijd is met traditionele maatschappelijke normen (Ashforth & Kreiner, 1999). Later is hier door McMurray en Ward (2014, p. 1138) een vierde categorie aan toegevoegd: emotionele besmetting. Zij beschrijven hoe vrijwilligers bij een zelfmoordhulplijn als *agents* fungeren doordat zij structureel belastende emoties, zoals wanhoop en verdriet, van anderen opvangen en dragen. Deze vormen van besmetting functioneren binnen de theorie als externe labels om de druk vanuit de buitenwereld te verklaren, aangezien werknemers hun eigen handelingen op de werkvloer doorgaans niet als onzuiver ervaren. Hoewel dit werk fysieke, sociale en emotionele componenten kent, is het vooral de morele besmetting die het maatschappelijk omstreden maakt: anders dan bij veel klassiek 'vuil' werk richt het oordeel zich hier op de persoon en diens integriteit, en niet primair op de fysieke aard van de taak. Daarmee is dit in de kern een vorm van moreel besmet werk, wat de morele dimensie tot vertrekpunt van dit onderzoek maakt.

Wanneer deze theorie wordt toegepast op de medische praktijk rondom het bewust beëindigen van een zwangerschap of een leven, wordt de theoretische complexiteit van *dirty work* direct zichtbaar. Harris et al. (2011) beschrijven in hun empirische onderzoek naar de abortuszorg hoe medewerkers gelijktijdig met meerdere vormen van besmetting worden geconfronteerd. Fysiek komen zij in aanraking met bloed en foetaal weefsel, sociaal ervaren zij besmetting doordat het maatschappelijke stigma rondom de patiënt zich naar de professional verplaatst, en moreel ervaren zij besmetting vanwege de ambigue status van de foetus. Een vergelijkbare last is zichtbaar in de euthanasiezorg, waar artsen volgens Pinto et al. (2025) navigeren tussen de emotionele belasting van de stervensbegeleiding, het respecteren van de patiëntenautonomie en de morele belasting van het eigen geweten. Harris et al. (2011) benadrukken echter dat de maatschappelijke frictie rondom dergelijke zorgberoepen voornamelijk voortkomt uit de morele dimensie. Omdat medische handelingen rondom zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging raken aan ethische overtuigingen over de bescherming van het leven, kan in de lijn met de theorie van Ashforth en Kreiner (1999) een dynamiek ontstaan waarbij delen van de samenleving het werk als zondig of normovertredend beschouwen. De theorie van Kreiner et al. (2006) stelt dat deze morele typering vanuit de buitenwereld er vervolgens toe kan leiden dat de maatschappelijke legitimiteit en het professionele zelfbeeld van de zorgverlener onder druk komen te

staan. Wanneer het werk moreel wordt veroordeeld en het zelfbeeld onder druk zet, rijst de vraag: hoe verdedigen deze zorgverleners zichzelf, en met welke mechanismen houden zij hun identiteit overeind ondanks dit stigma?

2.2 Identiteitswerk en stigmamanagement

Wanneer een beroepsgroep te maken krijgt met maatschappelijke afwijzing, ontstaan er op de werkvloer vaak genormaliseerde patronen waarmee werknemers hun professionele zelfbeeld proberen te behouden. Ashforth en Kreiner (1999, p. 416) conceptualiseren dit identiteitswerk als een proces waarin werknemers actief een positief zelfbeeld nastreven. Dick (2005) laat in zijn onderzoek onder politieagenten zien dat dit identiteitswerk vorm krijgt in alledaagse, interactieve *accounting situations*, waarbij betekenissen via specifieke vocabulaires worden gereproduceerd of aangevochten, in plaats van als een vooraf bedachte methode (p. 1374). Kreiner et al. (2006) integreren deze inzichten door te demonstreren hoe deze afweermechanismen in de organisatiecultuur verankerd raken. Binnen sterke subculturen nemen professionals de heersende verhalen en routines van hun collega's over. Door deze dagelijkse interacties ontstaat een collectieve weerbaarheid waarmee kritiek van buitenstaanders kan worden afgewend (Dick, 2005; Kreiner et al., 2006).

Ashforth en Kreiner (1999) onderscheiden drie specifieke technieken waarmee groepen de betekenis van omstreden werk discursief trachten te veranderen (pp. 421-423): *reframing*, *recalibrating* en *refocusing*. De voorvoegsels in deze Engelse termen zijn tekenend: zij benadrukken dat de professional de realiteit op het niveau van betekenis en interpretatie probeert te 'her'-structureren, om de handeling acceptabel te maken. De eerste techniek, *reframing*, houdt in dat de heersende maatschappelijke norm wordt omgebogen naar een positieve waarde. In de kwalitatieve studie van Harris et al. (2011) naar abortuszorg komt dit bijvoorbeeld tot uiting wanneer zorgverleners hun werk met trots herdefiniëren tot een 'vitale, levensreddende dienst' voor vrouwen (p. 1064). Een tweede techniek is *recalibrating*, waarbij professionals de evaluatiestandaarden voor hun werk aanpassen door ongewenste aspecten te minimaliseren en kleinere, positieve aspecten uit te vergroten (Ashforth & Kreiner, 1999, p. 422). Tot slot verplaatst *refocusing* de aandacht van de gestigmatiseerde naar de ongestigmatiseerde aspecten van het werk; zo kan een publieke verdediger de nadruk verleggen van de schuld van zijn cliënt naar het winnen van de rechtszaak. Volgens Lucas en Buzzanell (2004 p. 274) bouwen professionals via zogeheten beroepsnarratieven gezamenlijk betekenis rondom succes op. Hamilton et al. (2019) laten zien dat dergelijke narratieven werknemers in staat kunnen stellen om de externe afkeer op de werkvloer te vervangen door professionele trots en waardigheid.

Naast het veranderen van de betekenis van het werk, proberen professionals de eigen persoonlijke identiteit veelal te scheiden van hun professionele rol om besmetting te voorkomen (Bosmans et al., 2016). In de theorie van Goffman (1963, pp. 105-107) gebeurt dit doordat een individu via taal of gedrag communiceert dat het persoonlijke zelf niet samenvalt met de stigmatiserende professionele functie. Galazka en Wallace (2023, pp. 715-717) laten zien hoe werknemers hiervoor strikte professionele grenzen trekken om hun persoonlijke zelf te scheiden van de cliënt en zo hun zelfbeeld te beschermen tegen de stigmatiserende kanten van het werk. Theoretisch gezien fungeert dit afbakenen van de eigen rol niet als een uiting van emotionele onverschilligheid, maar als een psychologisch beschermingsmechanisme. Door deze grenzen te trekken en afstand te houden tot de cliënt, kan worden voorkomen dat de maatschappelijke veroordeling het persoonlijke zelfbeeld van de professional aantast (Galazka & Wallace, 2023; Kreiner et al., 2006).

Naast dit grenswerk met patiënten verhouden professionals zich ook tot formele institutionele structuren, zoals protocollen en wetgeving. Deze kunnen het handelen legitimeren: Dick (2005, p. 1374) stelt dat het

verwijzen naar objectieve, externe procedures een effectieve discursieve strategie kan zijn om persoonlijke verantwoordelijkheid of fundamentele twijfel te neutraliseren. In de euthanasiezorg beschrijven Postma en Buijsen (2024) hoe een strafuitsluitingsgrond, vanuit het uitgangspunt 'rechtmatig, tenzij', de arts juridische zekerheid biedt en de externe druk van de beslissing verlaagt. Wetgeving werkt echter niet altijd beschermend. In de abortuszorg laten Harris et al. (2011) juist zien dat regelgeving, zoals verplichte toestemmingsformulieren en verboden, het werk opnieuw kan criminaliseren en zo een bron van stigma vormt, omdat de staat ermee suggereert dat artsen zonder die dwang onethisch zouden handelen.

Wanneer de theorieën over het veranderen van betekenis (Ashforth & Kreiner, 1999), het afbakenen van de eigen rol (Galazka & Wallace, 2023) en het leunen op formele procedures (Dick, 2005) worden samengebracht, komt naar voren dat stigmamanagement geen losstaande handeling is, maar een gelaagd proces. De literatuur suggereert dat professionals zich vaak op drie manieren tegelijk beschermen: via taal (hoe zij over het werk praten), via de relatie met de patiënt (waar zij strikte grenzen trekken) en via het systeem (door zich te beroepen op formele procedures en wetgeving). Deze theorieën verklaren echter vooral hóe professionals zich cognitief en discursief beschermen tegen maatschappelijke afwijzing, en niet waaróm zij de zware verantwoordelijkheid van levensbeëindigend handelen blijven dragen. Om te begrijpen wat hen drijft om dit werk ondanks de frictie te blijven doen, is het daarnaast van belang om de intrinsieke zingeving van het werk te belichten.

2.3 Meaningful work

Om te begrijpen hoe professionals in controversiële sectoren hun werk volhouden, helpt het om te kijken naar de manier waarop zij waarde en zingeving aan hun dagelijkse taken toeschrijven. In navolging van Pratt en Ashforth (2003) maken Rosso et al. (2010, pp. 94-95) onderscheid tussen de betekenis van werk (meaning) en de zinvolheid ervan (meaningfulness): waar betekenis verwijst naar de interpretatie van wat het werk inhoudt, draait zinvolheid om de mate van positieve, existentiële waarde die daaraan wordt toegekend. Pratt en Ashforth (2003, pp. 311-313) onderscheiden hierin twee niveaus: zinvolheid in het werk, wat direct voortvloeit uit de specifieke handeling, en zinvolheid op het werk, wat ontstaat door de organisatorische context en de verbondenheid met een team. Wiering (2026) stelt voor om aan deze indeling een nieuwe dimensie toe te voegen, *meaning through work*: zinvolheid is volgens hem niet alleen een cognitieve reflectie achteraf, maar ontstaat ook fysiek tijdens het doen van het werk en in de interactie met de materiële werkomgeving. Rosso et al. (2010) benadrukken daarnaast dat 'het zelf' een belangrijke bron van zinvolheid is: zingeving ontstaat wanneer het werk aansluit bij de eigen waarden en motivaties en zo bijdraagt aan zelfverwezenlijking.

Hoewel onderzoek zich van oudsher concentreerde op hoogopgeleide beroepen met veel autonomie (Bailey et al., 2019), toont Mercurio (2019) aan dat werknemers in gestigmatiseerde, laagbetaalde sectoren eveneens sterke zingeving ervaren, mede doordat zij overtuigd zijn van de fundamentele noodzaak van hun werk. Om te begrijpen hoe die zingeving ontstaat, bieden Martela en Pessi (2018) een driedelig kader: zinvol werk draait volgens hen om intrinsieke waarde (*significance*), zelfverwezenlijking (*self-realization*) én *broader purpose*, de actieve bijdrage aan een doel buiten de eigen persoon, zoals het dienen van de patiënt. Binnen de euthanasiezorg komt dit bijvoorbeeld tot uiting doordat artsen het verlangen hebben om het lijden van de patiënt te verlichten, waarbij sommigen de overtuiging hebben dat het beëindigen van lijden en het bevorderen van een goede dood zwaarder weegt dan de morele plicht om het leven te behouden (Pinto et al., 2025, p. 9). In de abortuszorg ligt de betekenis van het werk voor professionals juist sterk verankerd in de trots en voldoening die zij halen uit het leveren van een vitale, 'levensreddende' dienst ter ondersteuning van

de vrouw (Harris et al., 2011, p. 1064). In beide contexten lijkt de professional zich dus te positioneren als meer dan louter een medische uitvoerder, en krijgt de handeling vaak een diepere betekenis door zich relationeel aan de patiënt te binden.

Om deze werkhouding vol te houden, is erkenning binnen de directe werkomgeving belangrijk. Lysova et al. (2023) benadrukken dat positieve interpersoonlijke signalen op de werkvloer, zoals waardering en getoonde zorg van collega's, leidinggevend en cliënten, werknemers helpen om ambivalente of zware werksituaties alsnog als zinvol te ervaren. Daarnaast vormen sterke collegiale verbanden, zoals de subculturen die Kreiner et al. (2006) beschrijven, een context waarin collega's elkaars keuzes valideren en de waarde van het werk beschermen tegen het oordeel van buitenaf.

Deze constructie van zinvol werk kan in de dagelijkse praktijk echter ook structurele frictie met zich meebrengen. Zo laten Mitra en Buzzanell (2016) in hun onderzoek naar duurzaamheidsprofessionals zien dat elementen die het werk zinvol maken, de werknemer tegelijkertijd kunnen beperken; respondenten haalden zingeving uit hun ecologische idealen, maar liepen vast wanneer zij deze idealen moesten verantwoorden binnen de dwingende financiële kaders van hun organisatie. Een vergelijkbare dynamiek zien Florian et al. (2019) in hun studie onder medewerkers van een vluchtelingencentrum, waar de motivatie en de vanzelfsprekende waarde van het werk wankelden zodra het publieke debat verhardde en de buitenwereld kritischer werd. Het onvermogen om binnen zo'n dwingend systeem naar de eigen idealen te handelen, kan de sterke betrokkenheid laten omslaan in psychologische belasting (Allan et al., 2018). Indien deze frictie langdurig aanhoudt, waarschuwen Bal et al. (2025) voor een crisis van betekenisloosheid (*meaninglessness*): een wezenlijk andere ervaring dan louter het verlies van zingeving, die resulteert in gevoelens van wanhoop, hopeloosheid en angst en werknemers existentieel onthecht van hun werk. De literatuur benadert deze existentiële botsing tussen idealen en dwingende kaders tot nu toe overwegend als een mentale belasting. Wat in deze theorieën over zingeving en frictie echter nog grotendeels onbelicht blijft, is hoe zo'n chronisch spanningsveld letterlijk doorwerkt in het lichaam van de zorgverlener.

2.4 Belichaamde morele frictie

Wanneer de intrinsieke motivatie om het lijden van een patiënt te verlichten direct botst met de onomkeerbare en maatschappelijk beladen realiteit van levensbeëindiging, ontstaat er op de werkvloer een fundamentele frictie. Binnen medische beroepen neemt deze frictie de vorm aan van morele stress, door Jameton (1984, p. 6) gedefinieerd als de belasting die ontstaat wanneer institutionele regels de professional belemmeren te handelen naar wat als moreel juist wordt gezien. Pinto et al. (2025) beschrijven in hun literatuurstudie dat medisch specialisten vaak een belasting ervaren wanneer zij continu moeten balanceren tussen de wens van de patiënt enerzijds en de eigen ethische grenzen en medische principes anderzijds (p. 9). Volgens Parra Jounou et al. (2024) leidt dit spanningsveld bij professionals tot een onvermijdelijk psychologisch conflict en de angst voor verlies van morele integriteit. Harris et al. (2011) zien in hun kwalitatieve onderzoek naar abortuszorg bovendien dat de maatschappelijke controverse rondom de ingreep een professioneel isolement kan creëren, omdat medewerkers hun twijfels soms niet openlijk durven te delen (pp. 1065-1066).

De literatuur beschouwt de existentiële grens tussen leven en dood veelal als een tijdelijke, liminale fase voor de patiënt, maar voor de professional is deze realiteit anders. Johnsen en Sørensen (2015) introduceren het begrip permanente liminaliteit oorspronkelijk om te beschrijven hoe bij consultants de grens tussen werk en privé volledig vervaagt; dit concept is echter ook treffend voor deze medische context. Waar de patiënt de grens tussen leven en dood eenmalig passeert, verblijft de professional in zijn dagelijkse werk permanent in

dit beladen overgangsbied. Juist deze constante confrontatie met de grens is wat de ervaren morele stress chronisch maakt en de verbinding met de patiënt en de eigen professionele identiteit zwaar belast.

Hoewel de theoretische benaderingen over stigmamangement en existentiële arbeid deze chronische frictie overwegend als een cognitief of emotioneel proces benaderen, beargumenteren Simpson en Simpson (2018) dat de literatuur over *dirty work* de belichaamde en materiële dimensies van het werk structureel heeft verwaarloosd ten gunste van symbolisch stigmamangement. Binnen de medische context betoogt Vachhani (2012) dat het fysieke en het morele niet los van elkaar staan: de directe omgang met het menselijk lichaam en lichaamsmateriaal vormt bij uitstek de plek waar de materiële en ethische dimensies van het werk samenkomen. Mikkelsen (2022) illustreert in haar empirische studie onder gevangenisbewaarders hoe de constante dreiging van besmetting en manipulatie in emotioneel zwaar werk zich direct vertaalt in het lichaam, zoals via opgebouwde spierspanning, 'bevrozen' en een verhoogde zintuiglijke alertheid. Zelfs wanneer professionals de frictie tussen idealen en dwingende protocollen verstandelijk proberen weg te rationaliseren, laat deze belasting zich direct lichamelijk voelen. Het lichaam registreert de spanning die binnen het formele systeem geen uitweg vindt, waardoor de botsing tussen regels en de menselijke moraal door de professional fysiek wordt doorleefd.

Dit onderzoek vult hiermee een specifieke leemte in de literatuur. Waar de zogeheten *embodiment-turn* (Simpson & Simpson, 2018) zich tot nu toe hoofdzakelijk heeft gericht op het lichaam binnen fysiek vuil of sociaal en emotioneel besmet werk (zoals bij de gevangenisbewaarders van Mikkelsen), trekt deze studie die lijn door naar moreel besmet werk. Gevangenisbewaarders fungeren weliswaar als agenten van de samenleving in een emotioneel beladen context, maar hun handelingen zelf worden niet moreel veroordeeld. Bij abortus en euthanasie wordt de ingreep zelf maatschappelijk en ethisch als omstrede beschouwd. Zoals Simpson en Simpson (2018) stellen, is de morele dimensie van *dirty work* in de literatuur tot nu toe overwegend symbolisch en discursief behandeld, terwijl de fysieke doorleving ervan is verwaarloosd. Hoe deze frictie zich daadwerkelijk manifesteert, wordt in deze studie onderzocht aan de hand van interviews. Het volgende hoofdstuk schetst echter eerst de juridische en maatschappelijke context van de abortus- en euthanasiezorg in Nederland, die bepalend is voor de situatie waarin deze professionals werken.

3. Contextuele en Maatschappelijke Inkadering

Om de dynamiek in de abortus- en euthanasiezorg te begrijpen, is inzicht in de juridische geschiedenis en de maatschappelijke context nodig. In de loop van het veldwerk werd mij steeds duidelijker dat ik de manier waarop de actoren hun werk ervaren en er betekenis aan geven niet kon doorgronden zonder eerst de formele en maatschappelijke kaders te begrijpen waarbinnen zij opereren. Beide medische velden functioneren in Nederland binnen een geformaliseerde systeemwereld die gereguleerd wordt door wetgeving, tuchtrecht en richtlijnen. Tegelijkertijd bevinden deze sectoren zich in een maatschappelijk veld waarin sprake is van stigma en uiteenlopende morele opvattingen. Juist deze kaders bepalen de speelruimte van de actoren: de wetgeving stelt het werk in de basis strafbaar en omgeeft het met strikte voorwaarden, terwijl het maatschappelijke veld het stigma voortbrengt dat hun werk omgeeft. Zonder dit kader blijft onbegrijpelijk waarom een handeling die op papier medisch is, voor alle betrokkenen zo beladen kan zijn. In de praktijk zorgt deze combinatie van strenge formele regels en maatschappelijke discussie ervoor dat de patiënt tijdens het medische traject relationele afstand en eenzaamheid kan ervaren. Dit hoofdstuk beschrijft deze institutionele en maatschappelijke kaders en illustreert hoe het Nederlandse buddy-systeem in beide sectoren een rol heeft gekregen om de patiënt binnen dit krachtenveld te ondersteunen. Daarmee vormt dit hoofdstuk

de achtergrond voor de empirische analyse: in het resultatenhoofdstuk wordt vervolgens zichtbaar hoe de actoren zich hierin staande houden en er in hun dagelijkse praktijk betekenis aan geven.

3.1 Abortus

In 1911 werd zwangerschapsafbreking via de Zedenwet expliciet strafbaar gesteld in het Wetboek van Strafrecht. Dit veranderde in 1984 met de inwerkingtreding van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Toch is abortus in de basis strafbaar gebleven (Artikel 296 Sr), tenzij de behandeling wordt uitgevoerd door een gecertificeerde arts in een bevoegde instelling en de zwangere persoon verklaart zich in een noodsituatie te bevinden (Wafz, art. 5). Juridisch is de ingreep toegestaan tot de foetus levensvatbaar is (wettelijk 24 weken, in de praktijk verschilt het per kliniek). Waar het wettelijke kader voorheen een dwingende bedenktijd van vijf dagen eiste, is deze beraadtermijn per 2023 afgeschaft om recht te doen aan de autonomie van de besluitvorming (Eerste Kamer, 2022). Sinds 1 januari 2025 mogen huisartsen de abortuspil voorschrijven tot negen weken, maar in de praktijk gebeurt dit nog weinig.

Dit juridische kader functioneert binnen een context van moreel en religieus stigma. Kumar et al. (2009) beschrijven hoe de ingreep botst met religieuze opvattingen over ongeboren leven en traditionele normen rondom moederschap. Dit stigma is de afgelopen decennia versterkt door medische technologie. Petchesky (1987) en Roberts (2012) tonen hoe echografie de foetus visueel loskoppelde van de zwangere persoon, wat het in de publieke perceptie een zelfstandige morele status gaf. Pro-life groeperingen gebruiken deze visualisering actief in het debat, wat de maatschappelijke polarisatie aanjaagt.

Omdat de wet eist dat de ingreep in bevoegde instellingen plaatsvindt en de huisarts nog beperkt betrokken is, blijft abortuszorg grotendeels geconcentreerd in vrijstaande klinieken. Deze ruimtelijke isolatie maakt klinieken tot een doelwit voor demonstranten, waardoor bezoekers bij de ingang geregeld met intimidatie worden geconfronteerd. Om dit tegen te gaan, hebben diverse gemeenten juridische bufferzones ingesteld (Rijksoverheid, 2026). Waar de arts zich binnen de kliniek richt op de formele medische procedure, ontstaat buiten een onveilige situatie voor de patiënt.

De abortusbuddy vult dit specifieke ruimtelijke en relationele gat. Volgens Samen naar de Kliniek (z.d.) is hun inzet noodzakelijk omdat de publieke ruimte een zware drempel vormt voor de vaak eenzame bezoeker. Door de patiënt oordeelvrij langs demonstranten of bufferzones naar de ingang te begeleiden, biedt de buddy een veilige overbrugging. Zo wordt praktische en relationele rust gewaarborgd nog vóór de formele medische zorg begint, met volledig respect voor de autonomie van de patiënt (Samen naar de Kliniek, z.d.).

3.2 Euthanasie

De maatschappelijke discussie rondom euthanasie kent eveneens haar oorsprong in het strafrecht. In 1911 werd actieve levensbeëindiging op verzoek expliciet strafbaar gesteld in Artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht, en hulp bij zelfdoding in Artikel 294. Na decennia van maatschappelijk debat en jurisprudentie trad in 2002 de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) in werking (Weyers, 2004). De wet maakt euthanasie mogelijk voor patiënten vanaf 12 jaar, waarbij voor minderjarigen specifieke eisen gelden rondom de betrokkenheid of instemming van ouders. Net als bij abortus geldt echter dat de handeling in de basis strafbaar is gebleven. Een arts is uitsluitend gevrijwaard van strafvervolgning wanneer deze de levensbeëindiging meldt en aantoonbaar voldoet aan alle zes de wettelijke zorgvuldigheidseisen (Wtl, art. 2):

1. *De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.*

2. *De arts is tot de overtuiging gekomen dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.*
3. *De arts heeft de patiënt geïnformeerd over de situatie waarin deze zich bevindt en over diens vooruitzichten.*
4. *De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.*
5. *De arts heeft ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen.*
6. *De arts heeft de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig uitgevoerd.*

De terughoudendheid ten aanzien van deze handeling kent religieuze en ethische wortels, waarbij het principe van de beschermwaardigheid van het leven (*sanctity of life*) inhoudt dat het stervensproces een natuurlijk verloop dient te hebben (Keown, 2018). Bovendien laat de antropologische studie van Norwood (2020) zien dat euthanasie op gespannen voet staat met het klassieke medische paradigma. Artsen zijn van oudsher opgeleid met de primaire taak om te genezen en het biologische leven te verlengen. Euthanasie verlangt van hen het exacte tegenovergestelde: het actief veroorzaken van de dood. Norwood (2020) beschrijft hoe deze paradox fundamenteel botst met hun professionele identiteit, waardoor zij gedwongen worden om levensbeëindiging te herdefiniëren als de uiterste vorm van medische zorg wanneer fysieke genezing onmogelijk is geworden.

De huidige maatschappelijke en institutionele discussie richt zich in toenemende mate op de toepassing van de wet in complexere situaties, zoals bij psychisch lijden, vergevorderde dementie, of zeer jonge patiënten. Deze ontwikkeling gaat gepaard met de vrees voor het zogenaamde hellend vlak (*slippery slope*); de bezorgdheid dat een verruiming van de praktijk onbedoeld druk kan uitoefenen op kwetsbare groepen om voor euthanasie te kiezen (Keown, 2018). In het maatschappelijke en politieke debat laait deze polarisatie geregeld op, bijvoorbeeld in recente politieke discussies over de wenselijkheid van nieuwe leeftijdsgrenzen voor euthanasie bij psychisch lijden.

In situaties van psychisch lijden is het wettelijke criterium van uitzichtloosheid institutioneel complex vast te stellen, omdat herstel vaak theoretisch mogelijk blijft. Dit dwingt de arts tot een zeer voorzichtige, toetsende rol om strafrechtelijke consequenties te voorkomen (Euthanasiecommissie, 2026). Dit leidt in de praktijk tot complexe procedures en lange wachttijden (Expertisecentrum Euthanasie, z.d.), waarin de patiënt een dubbel isolement ervaart. Terwijl de arts noodgedwongen een toetsende afstand bewaart, stuit de patiënt in de eigen sociale omgeving vaak op onbegrip; omdat psychisch lijden onzichtbaar is, schuurt een doodswens bij een fysiek gezond lichaam met maatschappelijke verwachtingen. Om precies deze leemte tussen het dwingende systeem en de eenzame leefwereld te overbruggen, biedt Stichting KEA (*Kenniscentrum Euthanasie bij psychische Aandoeningen*) ondersteuning via euthanasiebuddy's. Zonder formele of oordelende taak, staan deze vrijwilligers naast de hulpvrager om onvoorwaardelijke erkenning en een luisterend oor te bieden tijdens dit zwaar gereguleerde traject (Stichting KEA, z.d.).

4. Methode

4.1 Onderzoekopzet

Om te begrijpen hoe actoren binnen de abortus- en euthanasiezorg navigeren tussen hun professionele betekenisgeving en mogelijk maatschappelijk stigma, kiest dit onderzoek voor een kwalitatieve benadering (Bryman, 2016). Binnen dit ontwerp worden de abortus- en euthanasiezorg bewust samengebracht, waarbij het integreren van twee verschillende medische en juridische contexten ervoor zorgt dat de onderliggende

dynamiek centraal komt te staan. Dit sluit aan bij het werk van Huising (2015), die in haar onderzoek naar de uitoefening van zwaar en geformaliseerd werk aantoonde dat het vergelijken van parallelle groepen een effectieve manier is om overkoepelende patronen in de dagelijkse praktijk bloot te leggen. Omdat beide medische praktijken zich afspelen rondom beslissingen over het beëindigen of afbreken van leven, moeten actoren zich in hun werk verhouden tot vergelijkbaar maatschappelijk onbegrip. Door deze domeinen gezamenlijk te bestuderen, verschuift de analytische blik naar de bredere dynamiek en wordt inzichtelijk welke fundamentele strategieën mensen gebruiken om betekenis te geven aan hun werk wanneer dit zich op een morele grens bevindt.

Om deze betekenisgeving te onderzoeken zonder direct sterk getheoretiseerde of sociaal wenselijke antwoorden uit te lokken, vormt de alledaagse werkpraktijk het analytisch startpunt. In navolging van Barley en Kunda (2001), die stellen dat de betekenis van werk vooral besloten ligt in wat mensen daadwerkelijk doen, richt dit onderzoek zich op de concrete routines op de werkvloer. In plaats van in de dataverzameling abstracte concepten als 'stigma' direct te bevragen, is er bewust voor gekozen om in te zoomen op de dagelijkse gang van zaken, zoals het verloop van een typische werkdag en de interacties met collega's en patiënten. Juist in deze verhalen over de tastbare, dagelijkse praktijk, inclusief de fysieke weerslag die het werk soms met zich mee kan brengen, schemert door hoe actoren hun rol daadwerkelijk ervaren en beschermen.

4.2 Populatie en Steekproef

Dit onderzoek is gebaseerd op kwalitatieve interviews met negentien participanten. In plaats van uitsluitend te focussen op de medisch specialisten die de uiteindelijke handeling uitvoeren, is de steekproef breder getrokken door ook de betrokken vrijwilligers, de buddy's, erbij te betrekken. De keuze voor deze variatie komt voort uit de gedachte dat de abortus- en euthanasiezorg het beste begrepen kan worden als een sociaal veld (Bourdieu, 1993). Een sociaal veld bestaat uit een netwerk waarin verschillende actoren zich tot elkaar verhouden, waarbij zij elk vanuit hun eigen positie en bevoegdheden gezamenlijk de maatschappelijke dynamiek van het werk dragen. Dit sluit aan bij de werkwijze van onderzoekers zoals Zilber (2002), die in haar onderzoek naar beladen werk eveneens aantoonde dat zingeving niet uitsluitend door de formele behandelaars wordt gevormd, maar door alle betrokkenen. Door zowel artsen als buddy's te bevragen, is het in dit onderzoek niet het doel om de formele taakverdeling in kaart te brengen, maar om te begrijpen hoe deze verschillende mensen vanuit hun eigen plek in het veld betekenis geven aan hun werk.

De uiteindelijke steekproef bestaat uit zeven huisartsen, vijf abortusartsen en -verpleegkundigen, vier euthanasiebuddy's en drie abortusbuddy's. De werving van deze groep is verlopen via een doelgerichte steekproef (*purposive sampling*), waarbij de strategie tijdens het proces actief is aangepast aan de respons vanuit het veld (Bryman, 2016). Aanvankelijk zijn abortusklinieken rechtstreeks per e-mail benaderd, wat wegens een lage respons resulteerde in slechts één interview. Om toch voldoende participanten te bereiken, zijn medewerkers van klinieken vervolgens gericht en persoonlijk benaderd via LinkedIn, wat succesvol leidde tot de resterende interviews. De huisartsen in de euthanasiezorg zijn direct via e-mail en via het eigen netwerk benaderd en geworven. Voor het bereiken van de vrijwilligers is rechtstreeks contact opgenomen met de organisaties die hen faciliteren: stichting KEA voor de euthanasiebuddy's en stichting Samen naar de Kliniek voor de abortusbuddy's. Door deze flexibele aanpak is een diverse groep participanten samengesteld die de verschillende posities binnen dit werkveld goed vertegenwoordigt.

4.3 Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden via open, diepgaande interviews. Voorafgaand aan de gesprekken is per actor (huisarts, abortusarts, euthanasie- en abortusbuddy) een lijst met overkoepelende thema's en voorbeeldvragen opgesteld, welke is opgenomen in Bijlage 1. Deze thema's waren direct gekoppeld aan de centrale concepten uit het theoretisch kader: de dynamiek tussen de systeem- en leefwereld, processen van identiteitswerk, de belichaming van het werk, bronnen van zingeving (*meaningful work*), en de strategieën rondom stigma-management (*dirty work*). De opgestelde lijst diende om te waarborgen dat deze onderwerpen in elk gesprek aan bod kwamen, waarbij de exacte volgorde en formulering flexibel werden aangepast aan de inbreng van de participant. Volgens de benadering van Hermanowicz (2002) lag de nadruk op actief luisteren en doorvragen, zodat participanten de ruimte kregen om hun eigen accenten te leggen binnen hun verhalen over de alledaagse werkpraktijk. Door te focussen op concrete situaties en routines, zoals het verloop van een gemiddelde dienst of reacties uit de sociale omgeving, kon de achterliggende betekenisgeving van de professionals en vrijwilligers op een natuurlijke wijze worden achterhaald. Deze kwalitatieve benadering biedt volgens Edmondson en McManus (2007) de juiste aansluiting bij veldonderzoek naar complexe en persoonlijke ervaringen, omdat de open opzet recht doet aan de gelaagdheid van de onderzochte praktijk.

4.4 Data-analyse

Alle interviews zijn volledig geanonimiseerd en getranscribeerd. Voor de online interviews is gebruikgemaakt van de automatische transcriptie-ondersteuning van Microsoft Teams, waarbij elke transcriptie door de onderzoeker handmatig is gecontroleerd en gecorrigeerd op basis van de audio-opname. De fysieke, live interviews zijn volledig door de onderzoeker zelf uitgetypt. Door deze nauwgezette werkwijze is in beide gevallen een hoge tekstuele nauwkeurigheid gewaarborgd, waardoor de data direct bruikbaar was voor de verdere thematische analyse.

De analyse volgde een thematische en iteratieve aanpak. Het proces is vormgegeven volgens de richtlijnen van Graebner et al. (2012), die benadrukken dat kwalitatieve analyse een flexibel en iteratief proces is dat van rauwe fragmenten naar theoretische inzichten leidt. De startfase van open codering verliep via een hybride benadering, zoals beschreven door Corbin en Strauss (1990): bestaande theoretische concepten vormden hierbij het deductieve uitgangspunt, terwijl er tegelijkertijd inductief gecodeerd is om ruimte te bieden aan nieuwe thema's die voortkwamen uit de dagelijkse werkpraktijk. Hierbij is expliciet aandacht besteed aan de belichaamde ervaring, door specifiek te coderen hoe participanten in de interviews verbaal reflecteerden op de fysieke weerslag van hun werk, zoals lichamelijke spanning of een verstoord slaapritme.

Vervolgens zijn deze losse codes georganiseerd in een hiërarchische codeboom die als groeidocument fungeerde en bij elk nieuw interview werd getoetst en verfijnd. In de daaropvolgende fase van axiaal coderen verschoof de focus naar de samenhang tussen de codes en het identificeren van de frictie tussen de vijf overkoepelende theoretische pijlers: de systeemwereld, identiteitswerk, belichaming, *meaningful work* en *dirty work & stigma-management*. Dit cyclische proces van het ordenen en samenvoegen van patronen is gebaseerd op de werkwijze van Locke et al. (2022), die benadrukken dat kwalitatieve data-analyse vorm krijgt in een voortdurende, flexibele interactie met het materiaal. De analyse zoekt hierbij naar de paradoxen die ontstaan waar deze pijlers met elkaar botsen, maar bracht tegelijkertijd patronen en overeenkomsten aan het licht die de onderlinge verbondenheid van deze thema's blootleggen. Deze gelaagde integratie vormt de basis voor het resultatenhoofdstuk, waarin we inzoomen op hoe professionals hun morele kompas in de dagelijkse praktijk bepalen.

4.5 Ethiek en Reflexiviteit

Voorafgaand aan de dataverzameling is het onderzoeksontwerp getoetst en goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Het onderzoek is vervolgens uitgevoerd in overeenstemming met de fundamentele ethische uitgangspunten voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, waaronder het waarborgen van privacy, vrijwillige deelname en de afwezigheid van dwang (Bryman, 2016). Bij elk interview zijn de participanten geïnformeerd over het doel van de studie en is om expliciete toestemming (*informed consent*) gevraagd. Hierbij is duidelijk gecommuniceerd dat deelname volledig vrijwillig is, waarbij participanten het recht hebben om het gesprek op elk moment te stoppen en hun toestemming en de data achteraf in te trekken. Gezien de gevoelige aard van de onderwerpen is expliciete aandacht besteed aan de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de data. Alle namen van personen, praktijken en specifieke instellingen zijn in de transcripties en de uiteindelijke rapportage consequent vervangen door pseudoniemen of algemene aanduidingen (Bryman, 2016).

Naast deze formele waarborgen heeft reflexiviteit een centrale rol gespeeld in het onderzoeksproces. Als onderzoeker ben ik mij bewust van mijn eigen positie in het veld en de invloed die mijn aanwezigheid kan hebben gehad op de interactie met de participanten (Schilling, 2006). Omdat ik mij bewust ben van mijn eigen positie, heb ik gedurende het proces mijn aannames en observaties kritisch gevolgd om mogelijke *bias* te beperken. Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat mijn eigen visie en vooronderstellingen over de zwaarte van het werk onlosmakelijk verbonden waren met de onderzochte dynamiek; mijn eigen blik bleek daarmee zelf een resultaat van het onderzoek. Om deze reden zijn mijn persoonlijke visie en leermomenten niet als losse reflecties buiten de rapportage gehouden, maar geïntegreerd aan het begin van de resultaten paragrafen. Door dit startpunt direct inzichtelijk te maken, wordt het perspectief van waaruit de data is geanalyseerd transparant voor de lezer. Deze werkwijze hielp om mijn eigen rol in de interpretatie van de data te toetsen en te zorgen voor een gebalanceerde weergave van de resultaten. Door deze open houding ten opzichte van de eigen invloed en het strikt hanteren van de anonimiseringsprocedures, is getracht een betrouwbaar inzicht te bieden in de beleavingswereld van de betrokken actoren.

5. Zingeving in de praktijk

5.1 De invloed van de buitenwereld

Voor ik aan dit onderzoek begon, dacht ik een realistisch beeld te hebben van de abortus- en euthanasiezorg.

Ik ging ervan uit dat de zwaarte voor de arts vooral in de beslissing zelf zat: het doorhakken van de knoop over leven en dood. Ook dacht ik te begrijpen waar het maatschappelijke stigma vandaan kwam; ik nam aan dat dit enkel lag bij de mensen die fundamenteel tegen deze keuzes zijn. Ik realiseerde me tijdens de interviews dat ik de werkelijkheid niet alleen verkeerd inschatte, maar dat ik met mijn eigen aannames over hoe zwaar of emotioneel het werk moest zijn, onbewust zélf onderdeel was van datzelfde stigma. De professionals in beide sectoren moeten hun werk vormgeven in een samenleving die de aard van hun dagelijkse praktijk vaak verkeerd begrijpt, net als ik.

Binnen de abortuszorg ervaren artsen dat hun werk door de buitenwereld emotioneler wordt gemaakt dan zij het zelf op de werkvloer ervaren. De basis hiervan ligt bij de aanname dat een abortus voor ieder zwanger persoon per definitie een moeilijke beslissing is. Anna ziet dit als het grootste vooroordeel over de abortuszorg: “Mensen hebben het vooroordeel dat abortus altijd een hele moeilijke beslissing is. Voor sommige mensen is dat zo, maar lang niet voor iedereen.” Doordat de buitenwereld ervan uitgaat dat de abortus voor de patiënt altijd zwaar is, ontstaat automatisch het idee dat het werk voor de arts ook heftig en

emotioneel moet zijn. Abortusarts Karin ervaart dit doordat er voortdurend een loep op haar medische handelingen ligt: *“Wat wij zeggen wordt honderd keer onder een vergrootglas gelegd. Bij ons staat het in chocoladeletters op de voorpagina.”* Zij merkt hierbij op dat de uitspraken van een abortusarts in de media en de politiek direct uitvergroot en bekritiseerd worden, terwijl vergelijkbare handelingen en uitspraken van een reguliere gynaecoloog onopgemerkt blijven. Dit zware idee over de abortuszorg beperkt zich echter niet tot de media, maar merken de artsen ook direct in hun eigen sociale omgeving. Wanneer Pien vertelt dat ze abortusarts is, ontvangt ze op een enkele uitzondering na altijd de reactie dat dit wel heftig moet zijn, waardoor ze haar werk moet verdedigen omdat ze niet wil dat mensen het beeld krijgen dat zij elke avond huilend op de bank zit. Ook Anna ervaart dit wanneer mensen verwachten dat haar werk moeilijk is. Ze weerlegt dit dan door te vertellen dat het enorm meevalt en noemt het juist het mooiste vak dat er is, omdat ze patiënten op een kwetsbaar moment verder kan helpen. Naast Anna die deze verwachting voor zichzelf nuanceert, corrigeert abortusbuddy Merel deze aanname evengoed richting de patiënt. Wanneer een patiënt zich in de kliniek verontschuldigt voor de eigen emoties, benadrukt Merel dat "elke emotie normaal is" en dat de meeste vrouwen na de behandeling simpelweg opluchting voelen. In tegenstelling tot het trauma dat de buitenwereld verwacht, zien professionals op de werkvloer na de behandeling bovendien vaak pure opluchting. Abortusbuddy Thomas herkent dit beeld; hij merkt in de kliniek dat patiënten soms zo opgelucht zijn dat ze bijna juichend de deur uitlopen. Doordat de buitenwereld de abortuszorg zo zwaar maakt, voelen de professionals in hun dagelijks leven steeds de behoefte om de nuchtere realiteit van de werkvloer te beschermen.

Binnen de euthanasiezorg heerst vaker het beeld dat patiënten denken dat als ze geen zin meer hebben om te leven, ze recht hebben op euthanasie. Hierin wordt een paradox zichtbaar rondom het concept van rechten: waar een zwanger persoon wettelijk recht heeft op een abortus maar dit maatschappelijk voortdurend moet bevechten, bezitten patiënten juridisch geen recht op euthanasie, terwijl de samenleving dit wel steeds vaker als hun eigen recht gaat zien. Huisarts Sanne herkent dit in haar eigen praktijk:

Er bestaat bij patiënten vind ik een heel vertekend beeld. Dat ze denken recht te hebben op euthanasie. En dan maak ik altijd heel snel duidelijk dat dat niet zo is. Je hebt recht op goede zorg. En euthanasie kan daar een onderdeel van zijn. Maar ik merk dat veel patiënten niet goed beseffen wat dan euthanasie is.

Dit vertekende beeld kan leiden tot frictie in de spreekkamer, huisartsen Wouter en Maud merken dat de zware verantwoordelijkheid die de arts draagt hierbij door de familie vaak wordt vergeten. Maud illustreert dit onbegrip in een gesprek met familie: *“Als ik met mijn hond naar de dierenarts ga... krijg je gewoon een spuitje. Waarom kan mijn vader niet gewoon een spuitje krijgen?”* De familie benadert de euthanasie hier als een directe, logische oplossing voor het lijden, waardoor zij voorbijgaan aan de complexe afwegingen en de strenge wetgeving waar de arts mee te maken heeft. Dit onbegrip over de wetgeving speelt ook sterk bij euthanasieverzoeken rondom psychisch lijden. Het traject is daar zo complex dat patiënten vaak eindeloos tegen muren oplopen en jarenlang op wachtlijsten staan. Euthanasiebuddy Loes verwoordt de wanhoop die dit oplevert vanuit de praktijk: hoewel haar eigen dochter na een intensief traject eindelijk groen licht had gekregen en over zes weken euthanasie zou krijgen, was zelfs deze laatste wachtperiode voor haar niet meer vol te houden. Haar dochter overleed uiteindelijk door bewust te stoppen met eten en drinken. Loes vindt het onbegrijpelijk dat we dieren wel direct uit hun lijden mogen verlossen, terwijl jonge mensen met psychische klachten verdwalen in alle wetgeving en jarenlange wachttijden. De vergelijking met een huisdier komt vaak terug in deze discussie. Hoewel naar mijn mening deze vergelijking eigenlijk scheef is, want een huisdier wordt in de praktijk ook enkel bij fysiek lijden ingeslapen en niet vanwege psychische klachten, laat het wel

de diepe wanhoop vanuit de leefwereld zien. Bij Loes ontstaat hierdoor het pijnlijke gevoel dat we in de zorg lijdende dieren hoger hebben staan dan lijdende mensen. Cato, werkzaam als abortusbuddy én jurist bij de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE), kent deze boosheid, maar verklaart de strikte wetgeving juist vanuit een tegenovergesteld principe: *“De reden dat we zulke strenge regels hebben voor mensen is omdat we de rechten van mensen hoger vinden dan de rechten van dieren. Het recht op leven weegt zwaarder.”*

Wat deze verhalen laten zien, is dat de manier waarop de maatschappij naar de abortus- en euthanasiezorg kijkt, voor een groot deel bepaalt tegen welke verwachtingen de professionals moeten opboksen. Dit raakt direct aan hun betekenisgeving. Omdat abortus door de buitenwereld zo beladen wordt gemaakt, trekken artsen dit in hun communicatie bewust terug naar een nuchter en medisch niveau. Bij euthanasie gebeurt het tegenovergestelde: omdat patiënten en familieleden het soms zien als een vanzelfsprekend recht, moeten huisartsen juist hun grenzen bewaken en benadrukken dat het een complex en streng gereguleerd traject is. Dit laat zien dat professionals in deze vormen van zorg niet alleen betekenis geven aan de medische handeling zelf, maar dat zij een belangrijk deel van hun professionele rol vormen in reactie op het onbegrip van de buitenwereld.

5.2 De belichaming van betekenisgeving

Wanneer je van een afstand naar beslissingen rondom leven en dood kijkt, is het makkelijk om vast te houden aan een rationeel uitgangspunt: lijden is lijden, en een weloverwogen besluit is een weloverwogen besluit.

Tijdens de gesprekken drong tot me door hoe krachtig ons menselijke instinct dat rationele kader kan doorkruisen. Ik realiseerde me dat je met je verstand wel kunt weten dat de psychische pijn van een vitaal persoon net zo ondraaglijk is als het fysieke lijden van een terminale patiënt, maar dat je ogen je op dat moment in de spreekkamer iets heel anders vertellen. Hetzelfde geldt voor een echo: rationeel gezien blijft de afweging voor de ingreep gelijk, maar de visuele herkenning van menselijke vormen doet plotseling iets heel anders met je gevoel. Zelfs als het verstand de keuze van de patiënt volledig begrijpt en steunt, kan de aanblik van ogenschijnlijk gezond of ontlukkend leven een onwillekeurige frictie oproepen. In deze paragraaf beschrijf ik hoe juist dit contrast tussen wat het hoofd weet en wat het oog ziet, bepalend is voor de manier waarop professionals hun werk ervaren.

Binnen de abortuszorg kan bij latere afbrekingen van de zwangerschap de toenemende menselijke vorm een rol spelen; de fysieke herkenbaarheid kan zorgen voor een moment van zintuiglijke realisatie. Abortusarts Imme omschrijft hoe deze zichtbaarheid haar ervaring van de handeling beïnvloedt: “Bij die verdere behandelingen is het niet meer abstract, je ziet het en daar moet ik wel aan wennen. Dat lukt best goed, maar heel soms maak ik de switch van abortusarts naar hoe andere mensen het zien.” Zij beschrijft dat haar maag dan heel even samenknijpt, “alsof je even uitzoomt”, waarna ze zich realiseert: “oh ja, het is opeens allemaal heel echt.” Uit deze uitspraak blijkt dat Imme tijdens de ingreep niet alleen medisch weefsel ziet, maar ineens geconfronteerd wordt met de menselijke vorm. Dit visuele besef haalt haar heel even uit de medische routine. Het dwingt haar om op dat moment actief stil te staan bij de redenen waarom ze dit werk doet. Verpleegkundige Noor herkent deze visuele confrontatie en lost dit op door het zichtbare beeld direct af te wegen tegen de onzichtbare toekomst van het gezin. Voor Noor weegt het beschermen van het welzijn van het leven dat er al is, zwaarder dan het potentiële leven dat zij op het scherm ziet. Abortusarts Anna, die voorheen als huisarts werkte, ervaart deze frictie echter niet. Zij vergelijkt de handeling nuchter met *“een injectie in de knie.”* Omdat de foetus voor haar in deze weken nog niet levensvatbaar is, voelt zij dit ook niet op die manier. Zij hoeft die mentale schakel niet te maken en het fysieke beeld doet haar simpelweg niks.

Bij euthanasie speelt de visuele realiteit eveneens een rol. Dit komt met name naar voren bij verzoeken rondom psychisch lijden. Zo vertelde huisarts Maarten over een psychiatrische patiënt met een doodswens: *“Zo'n jonge man met een gezond lichaam die 26, 27 is en die het leven niet zo leuk vindt. Ja, ik vind dat dat niet bij een huisarts thuis hoort, zo'n vraag.”* Huisarts Sanne ervaart een vergelijkbare drempel bij een fysiek gezonde man van vijftig jaar die niet meer wil leven. Zij merkt dat zij diens doodswens onwillekeurig vergelijkt met terminale patiënten die, ondanks zware fysieke aftakeling, er juist alles aan deden om zo lang mogelijk te mogen blijven leven. Deze voorbeelden laten zien dat wanneer het fysieke bewijs van ziekte ontbreekt en de arts een ogenschijnlijk vitaal lichaam ziet, de euthanasie voor het gevoel van de professional tegennatuurlijker aanvoelt. Huisarts Wouter laat zien hoe dit contrast in de praktijk doorwerkt. Hij geeft aan dat hij euthanasie *“bij gewoon lichamelijk ziek zijn en mensen die niet zo lang meer te leven hebben, en eigenlijk geen deel meer van het leven hebben, niet zo ingewikkeld”* vindt. Hoewel niet iedere huisarts een dergelijke uitvoering direct als 'niet ingewikkeld' zal omschrijven, helpt een visuele aftakeling professionals over het algemeen wel om de ernst van het lijden makkelijker te begrijpen. Het visuele bewijs zorgt ervoor dat zij zich beter in het verzoek kunnen vinden en met een overtuigd gevoel de keuze kunnen maken om het traject te doorlopen.

Voor naasten kan de fysieke staat van het lichaam na de euthanasie juist helpen om trauma's te voorkomen en op een rustige manier afscheid te kunnen nemen. Euthanasiebuddy Loes reflecteert hierop vanuit de herinnering aan haar eigen dochter, die door de lange wachttijden in de psychiatrie uiteindelijk overleed door bewust te stoppen met eten en drinken: *“Je wil niet weten hoe uitgemergeld het lichaam van mijn kind eruitzag. [...] Euthanasie had me dat bespaard.”* Deze uitspraak illustreert dat een suïcide of een langdurig sterfproces door versterving resulteert in een visueel afgetakeld of niet-intact lichaam. Euthanasie voorkomt deze traumatische visuele gevolgen; de rustige aanblik van het lichaam na de ingreep kan nabestaanden juist wezenlijke troost bieden.

De fysieke impact van de euthanasie weerspiegelt zich ook direct in de lichamelijke gesteldheid van de professionals zelf, waarbij met name het slaapritme rondom de uitvoering wordt beïnvloed. Huisarts Maud merkt dat deze onrust zowel de nacht vóór, als na de euthanasie opspeelt. Wanneer zij de euthanasie aan het einde van de dag uitvoert, houdt de adrenaline haar urenlang wakker. Zij kiest er daarom inmiddels bewust voor om dergelijke trajecten niet meer in de avonduren te plannen en maakt na afloop altijd een wandeling om de spanning fysiek uit haar lijf te krijgen. Bij huisarts Fien verschuift de aard van de lichamelijke onrust met de jaren: *“Als je ouder wordt, dan neem je dingen wel meer mee, denk ik gevoelsmatig. Dus het is gevoelsmatig nu zwaarder.”* Voor huisarts Sanne hoort de onrust in de nacht voorafgaand aan de euthanasie er daarentegen juist bij. Zij beschouwt het slechte slapen als een bewijs van haar eigen kwetsbaarheid en menselijkheid:

Ik vind dat je hier wakker van moet liggen. En anders klopt er iets niet meer. Dus ik lig er ook nog steeds wakker van. Ook omdat als ik ga slapen ik altijd denk aan de patiënt die weet dat dit de laatste nacht is. Dat schiet altijd door mij heen. En dan denk ik: 'Ja, ergens in deze stad gaat iemand nu slapen of niet slapen? Of blijven ze de hele nacht wakker?' Weet ik niet. Met de gedachte dat dit de laatste nacht is. Dat vind ik een raar idee dat ik dat weet... Ik vind het nog steeds heftig. En ik denk ook: als ik het de nacht ervoor normaal niet meer wakker lig, dan ga ik ermee stoppen. Want ik vind dat je hier wakker van moet liggen.

Het bewust toelaten van deze spanning functioneert voor Sanne als een persoonlijk kompas. Het zorgt ervoor dat zij geen robot wordt en dat de handeling geen routine is. Het moment dat de euthanasie haar koud zou

laten en haar slaap niet meer zou beïnvloeden, is voor haar de grens waarop zij met dit werk moet stoppen om haar menselijkheid en kwetsbaarheid te behouden.

Naast de spanning vooraf, is er soms ook ruimte voor een intense fysieke ontlading en verbinding op het moment van de uitvoering zelf. In de abortuskliniek zien buddy's hoe de opgebouwde stress na de behandeling direct van de patiënten afvalt; Merel omschrijft deze lichamelijke ontlasting door op te merken dat vrouwen bij het verlaten van de kliniek soms “*wel twintig kilo lichter*” lijken. Bij euthanasie krijgt de betekenis van het werk soms vorm in een moment van diepe dankbaarheid vlak voor het overlijden. Huisarts Anton herinnert zich een verzwakte patiënte die zelf de beker met de dodelijke vloeistof innam:

Toen zette ze die beker weg en toen stak ze allebei de duimen omhoog naar mij, zo van: oh, wat fijn, of dank je wel. Ze konden bijna niet meer praten en dat gaf mij ook wel moed of zo dat ik dacht van, oh ja, heb ik het toch goed gedaan dat we dit traject hebben gedaan. En dat vond ik dan ook zo knap eigenlijk ook van haar dat ze mij bedankte nog terwijl zij doodging, dat ze mij nog ondersteunde van: goh dokter, dankjewel. Ook om mij moed in te spreken.

Dergelijke non-verbale signalen op het grensvlak van leven en dood laten zien dat de betekenis van het werk voor de arts niet uitsluitend voortkomt uit theoretische kaders, maar juist uit de directe, fysieke communicatie en verbinding in de kamer.

Uit deze bevindingen komt naar voren dat het lichaam van de professional, en datgene wat het ziet en voelt, fungeert als een instrument voor betekenisgeving. Het werk op de existentiële grens is geen puur cognitief proces van afvinken en goedkeuren; het wordt fysiek doorleefd. Visuele prikkels, of het nu een menselijke vorm op een echo is of een gezond ogende patiënt, werpen in de praktijk een natuurlijke frictie op die dwingt tot een bewuste heroverweging van het eigen handelen. Tegelijkertijd wordt de fysieke weerslag, zoals spanning of slapeloosheid, door professionals niet uitsluitend als belasting ervaren, maar actief ingezet om de eigen menselijkheid te toetsen. Het werk ontleent zijn waarde zodoende niet alleen aan het medisch handelen op zich, maar aan de bereidheid van de professional om de zwaarte van die beslissing letterlijk te belichamen.

5.3 De afbakening van de eigen rol

Tijdens de gesprekken viel het me op hoe helder veel professionals hun rol afbakenen. Wanneer een arts aangaf dat de verantwoordelijkheid voor de keuze echt alleen bij de patiënt lag en ze dat niet mee naar huis nam, leek me dat in deze emotionele context bijna onmogelijk. Het voelde voor mij ergens tegenstrijdig: hoe kun je zo intens betrokken zijn bij zoiets groots, en toch bewust afstand nemen? Maar naarmate ik meer verhalen hoorde, begreep ik dat beter. Ik leerde dat wat op het eerste gezicht misschien klinkt als afstandelijkheid, in de praktijk een noodzakelijke voorwaarde is voor oprechte zorg. Door hun eigen rol duidelijk te scheiden van het verhaal van de patiënt, houden zij niet alleen zichzelf staande, maar beschermen zij juist de autonomie van de ander.

Een van de manieren waarop artsen deze grens trekken, is door de keuze nadrukkelijk bij de patiënt te laten. Abortusarts Anna illustreert dit door de morele last van de beslissing niet op zich te nemen: “*Zij moet ermee verder. En ik niet, ik ga om vijf uur naar huis.*” Hoewel deze uitspraak op het eerste gevoel nuchter of zelfs kil kan overkomen, is het in de praktijk juist een grote erkenning van andermans autonomie. Door de keuze en de consequenties daarvan volledig bij de vrouw te laten, respecteert de arts dat de patiënt de leiding heeft over haar eigen leven. Ook huisarts Wouter trekt bij euthanasie een duidelijke lijn. Hij ziet zichzelf puur als de arts die de medische handeling uitvoert, terwijl het verzoek en het lijden van de patiënt zijn. Doordat artsen het eigenaarschap van de keuze niet overnemen, blijft de beslissing ook echt van de patiënt.

Dit actieve onderscheid voorkomt dat artsen het morele proces van de patiënt onbedoeld overnemen en helpt hen om professioneel zuiver te blijven.

Naast het afbakenen van de eigen verantwoordelijkheid, biedt ook het medisch-juridische kader houvast. Hoewel de vele regels en protocollen vaak als een zware bureaucratische last worden ervaren, fungeert dit formele systeem in de praktijk tevens als een bescherming. Het oordeel van de scan-arts en de toetsing achteraf door de RTE geven de arts de zekerheid dat de uitvoering aan alle eisen voldoet. Huisarts Sanne omschrijft dat zij vertrouwen heeft in haar eigen zorgvuldige handelen. Hoewel zij geregeld slecht slaapt door het besef van de naderende dood van een patiënt, ligt zij 's nachts niet wakker uit angst voor een berisping van de toetsingscommissie: "Ik lig er niet [van de toetsing] wakker van. Ik denk altijd: fuck it, kom maar. Want ik weet dat ik het goed doe." Jurist en abortusbuddy Cato bevestigt dat deze strikte wetgeving er niet is om professionals te pakken, maar juist om de zorgvuldigheid van de praktijk te beschermen. Het systeem biedt hiermee een kader waardoor artsen hun handelen beter aan zichzelf en de buitenwereld kunnen verantwoorden, omdat zij weten dat ze binnen afgewogen landelijke normen opereren. Tegelijkertijd houdt datzelfde juridische kader het maatschappelijke stigma in stand. Sanne wijst op de wettelijke constructie van euthanasie als "strafbaar, tenzij", wat volgens haar blijft suggereren dat de arts in de basis een misdaad begaat. Zij stelt daarom dat euthanasie uit het strafrecht zou moeten. In de abortuszorg klinkt een vergelijkbaar geluid: Imme, Pien en Karin willen abortus eveneens uit het strafrecht halen om de structurele associatie met criminaliteit definitief weg te nemen. Anna brengt hierin echter een inhoudelijke scheiding aan. Zij stelt over euthanasie dat "een beetje moord in het strafrecht moet blijven", maar ontkoppelt voor abortus het stigma actief van de wetgeving: "het stuk strafrecht staat daar los van". Volgens haar ligt de waarborging en bescherming primair in de strenge zorgvuldigheidseisen, ongeacht het strafrechtelijke kader.

Een andere manier waarop professionals het werk behapbaar houden, is door de nadruk te leggen op de zorg die zij verlenen in plaats van op het beëindigen van een leven. Huisarts Wouter beleeft euthanasie in zijn betekenisgeving als de ultieme vorm van genezing. Dit laat zien dat het verhelpen van pijn en lijden zijn belangrijkste doel is, en dat hij daar simpelweg de best passende vorm bij kiest om de patiënt te helpen. Een vergelijkbare focus op zorgverlening komt naar voren in de abortuszorg. Zoals eerder beschreven, weegt verpleegkundige Noor de kwaliteit van het huidige leven zwaarder dan het potentiële leven. Deze afweging helpt haar niet alleen om de visuele confrontatie in de spreekkamer aan te gaan, maar bakent ook haar rol af: haar prioriteit ligt bij het beschermen van het leven dat er al is. Door hun werk op deze manier te zien als het verlichten van lijden of het beschermen van de toekomst, behouden deze professionals hun identiteit als hulpverlener.

Omdat artsen zich door hun formele rol primair moeten richten op de medische kant van het traject, bewaren zij een noodzakelijke professionele afstand. Precies in de ruimte die hierdoor ontstaat, vervullen de buddy's een onmisbare rol. Zij zien in de praktijk geregeld dat het maatschappelijke stigma leidt tot eenzaamheid bij patiënten, door afwijzing vanuit de naaste omgeving, of doordat zij uit angst voor onbegrip over hun keuze zwijgen. Binnen de euthanasiezorg is het traject bij psychisch lijden vaak een jarenlang en slopend proces, waarin de patiënt voortdurend moet vechten voor erkenning. Buddy's zoals Guus en Lize zien in de praktijk dat het ervaren onbegrip en taboe bij patiënten kan leiden tot een "sociaal isolement". Ruud, gepensioneerd klinisch psycholoog, kiest er specifiek voor buddy te zijn vanuit de overtuiging dat iemand in dat traject simpelweg niet alleen die weg mag gaan; hij biedt een antwoord op dit isolement door primair een onbevooroordeeld luisterend oor te bieden. Zij bieden onvoorwaardelijke nabijheid en luisteren naar de situatie van de mensen, zonder een oordeel te vellen. In de abortuszorg dragen patiënten de zwaarte van hun beslissing evengoed vaak in stilte, ingegeven door de angst voor maatschappelijke veroordeling of

weerstand vanuit de familie. Abortusbuddy Cato is specifiek met dit werk begonnen om patiënten bij te staan die belemmerd worden door deze externe druk en het traject alleen moeten doorlopen. Samen met buddy's zoals Merel en Thomas richt zij zich op de begeleiding rondom het kliniekbezoek, waarbij zij de patiënt op straat fysiek en emotioneel afschermen van demonstranten.

De manier waarop professionals hun grenzen bewaken, laat op een overkoepelend niveau zien dat zelfbescherming en het waarborgen van patiëntenautonomie hand in hand gaan. Door de verantwoordelijkheid voor de beslissing nadrukkelijk bij de patiënt te laten en de wet te ervaren als een verantwoording richting zichzelf en de maatschappij, beschermen artsen hun eigen rolzuiverheid. Dit stelt hen in staat om de ingreep of euthanasie te benaderen vanuit hun identiteit als hulpverlener. Tegelijkertijd stapt de buddy bewust naar voren om de patiënt als menselijke buffer te beschermen tegen de weerslag van de buitenwereld, zoals het zwijgen of de afwijzing door de omgeving. Deze dynamiek is in effect sterk complementair: de arts bewaakt de zorgvuldige, medische grens, terwijl de buddy de intermenselijke ruimte beschermt waarin de patiënt zich, ondanks het stigma, niet alleen gelaten voelt.

5.4 De kern en grenzen van zingeving

Omdat ik hun manier van werken steeds beter begon te begrijpen, zocht ik tijdens dit onderzoek lang naar één simpele verklaring voor waarom mensen dit werk volhouden. Ik hoopte op een eenduidig antwoord over hun drijfveren. Ik herinner me een interview met een huisarts nog goed; toen zij tijdens ons gesprek gebeld werd door een collega over een patiënt met psychisch lijden, hoorde ik hoe zij samen zochten naar een geschikte instantie en overlegden over wat ze nu moesten doen. Terwijl ik meeluisterde, zag ik pas echt tegen welke muren professionals aanlopen en hoe ingewikkeld dit proces in de praktijk is. Ik realiseerde me op dat moment dat betekenisgeving geen vaste formule is, maar een kwetsbare balans die door medische of systemische realiteit zomaar kan omslaan in onmacht. Dit werk kent een duidelijke kern van voldoening, maar ook breekpunten waarop de zwaarte de overhand neemt.

Wanneer we kijken naar de aard van de behandelingen, is er een duidelijk verschil tussen de sectoren. In de euthanasiezorg is het traject intensief en langdurig, waardoor het diepe indrukken achterlaat bij de artsen. Huisarts Sanne omschrijft de onuitwisbaarheid van deze trajecten treffend: *“Ik ken ze allemaal nog. Kan ze zo allemaal terughalen, want het is indrukwekkend. Ik realiseer me wel dat ik een einde maak aan een leven.”* Dat dit werk nooit een gewone routine wordt, blijkt ook uit de ervaringen van huisarts Anton, die het traject omschrijft als een intensieve en betekenisvolle reis die hij samen met de patiënt aflegt. In de abortuszorg is het traject over het algemeen veel korter. Abortusarts Imme omschrijft dat haar voldoening voortkomt uit de directheid van de hulp: patiënten komen met een concreet probleem, zij biedt de medische zorg en de patiënt kan vervolgens weer verder. Waar euthanasie het definitief en zorgvuldig afsluiten van een leven is, is een abortus voor de professional juist gericht op het bieden van een nieuwe start voor de vrouw.

Hoewel de tijdsduur en de aard van de behandelingen verschillen, is er een duidelijke overeenkomst in de manier waarop professionals voldoening halen uit hun werk. In tegenstelling tot de reguliere gezondheidszorg, die vaak bestaat uit langdurige behandeltrajecten of het managen van chronische klachten, werken professionals in deze sectoren toe naar een duidelijk en definitief eindstation. Hoewel de achterliggende casuïstiek complex en zwaar kan zijn, biedt de mogelijkheid om de hulpvraag gericht in te willigen een duidelijke vorm van zingeving. Voor professionals vormt het medisch kunnen verhelpen van het probleem, en daarmee het verlichten van lijden, een belangrijke drijfveer. Voor artsen als Wouter en Jeroen vormt de nadruk op deze lijdensverlichting een helder anker. Wouter beleeft euthanasie in zijn betekenisgeving als de ultieme vorm van genezing. Huisarts Jeroen sluit hierbij aan vanuit een overwegend

pragmatische werkhouding: hij stelt dat er voor hem geen ethische drempel is om euthanasie uit te voeren, maar dat het verlichten van lijden simpelweg bij de verplichting van goede medische zorg hoort. Dit pragmatisme betekent overigens niet dat de handeling emotioneel is; Jeroen geeft aan dat hij tijdens de uitvoering soms evengoed het gevoel had dat hij "de beul was", alsof hij zijn eigen opa omgelegd had.

De uitweg die hiermee geboden wordt, hangt samen met het feit dat de zorgverlener de patiënt helpt om de regie over het eigen leven te herpakken op een moment dat zij klem zaten. Fien ziet dit terug bij patiënten die hun hele leven al zelfstandig beslissingen hebben genomen en dit, door euthanasie, tot het allerlaatste moment kunnen blijven doen, zonder een ongewenste aftakeling te hoeven afwachten. In de abortuszorg is de drijfveer vergelijkbaar; verpleegkundige Noor verbindt haar werk hier direct aan het principe van zelfbeschikking voor wat zij een "onderdrukte populatie" noemt. Arts Pien vult aan dat de zingeving vaak voortkomt uit het feit dat vrouwen in de kliniek eindelijk gehoord worden zonder oordeel. De professional verhelpt de situatie waarin de patiënt vastzat, waardoor de patiënt de controle over de eigen toekomst terugkrijgt. Het mogelijk maken van deze uitweg bevestigt voor de zorgverleners de waarde van hun handelen.

Het werk kent echter ook breekpunten, met name wanneer de reden van de patiënt botst met de persoonlijke moraal van de zorgverlener. Huisarts Maud illustreert dit met een casus van een patiënt die zij doorverwees voor een abortus van een tweeling, simpelweg omdat twee kinderen niet in de planning pasten. Voor Maud voelde dit als een grens; zij gaf aan dat zij dergelijke abortussen zelf niet zou willen uitvoeren, omdat de reden voor haar onbegrijpelijk was. Abortusartsen Imme en Anna herkennen dergelijke morele wrijving, bijvoorbeeld bij verzoeken rondom het geslacht van de foetus, maar gaan hier in hun betekenisgeving op een wezenlijk andere manier mee om. Zij analyseren zulke verzoeken niet als een individuele tekortkoming van de vrouw, maar als het symptoom van een dieper maatschappelijk probleem, zoals genderongelijkheid of culturele druk. Anna benadrukt dat het weigeren van de abortus dit maatschappelijke probleem niet oplost; het zorgt er enkel voor dat er een ongewenst kind wordt geboren, of dat de vrouw in een andere kliniek moet liegen over haar reden. Zij behouden hun zingeving in deze complexe casussen door uit te zoomen: zij ontkoppelen hun eigen morele oordeel van de patiënt. Door zich puur te richten op het mogelijk maken van de keuze en het voorkomen van een ongewenst kind, blijft hun werk voor hen betekenisvol, zelfs als zij het persoonlijk niet eens zijn met de specifieke reden.

Naast deze morele frictie komt de zingeving op andere momenten onder druk te staan, bijvoorbeeld wanneer een situatie te dicht bij de eigen privésfeer komt. Huisarts Sanne vond de euthanasie binnen een jong gezin met kinderen in dezelfde leeftijd als haar eigen kinderen erg zwaar, omdat haar eigen leefwereld en die van de patiënt op dat moment pijnlijk dicht bij elkaar kwamen. Een ander, zeer fundamenteel breekpunt ontstaat wanneer de professional de autonomie van de patiënt wel wil ondersteunen, maar dit door de medische of systemische realiteit onmogelijk is geworden. Sanne ervaart deze diepe onmacht bij de complexiteit van dementie. Zij begeleidt een patiënte die, toen zij nog volledig wilsbekwaam was, jarenlang stellig aangaf euthanasie te willen op het moment dat zij ooit dement zou worden, maar die dit door haar inmiddels gevorderde dementie niet meer consistent kan uiten naar haar. Omdat euthanasie bij een inconsistente wens medisch-juridisch niet is toegestaan en Sanne dit zelf ook niet zou kunnen als iemand niet consistent is, rest haar geen andere optie dan de vrouw, tegen haar oorspronkelijke wens in, naar een verpleeghuis te sturen. Dit stelt haar voor een onoplosbaar dilemma waarbij haar handelen hoe dan ook tekortschiet: *"Dus bij haar kan ik het niet meer 'goed' doen."* Deze vorm van machteloosheid bereikt eveneens een grens wanneer het zorgsysteem zelf de autonomie van de patiënt blokkeert. Dit speelt sterk bij euthanasieverzoeken rondom psychisch lijden, waar professionals vastlopen tegen de muren van de

psychiatrie. Buddy Loes verwoordt de frustratie wanneer de zingeving op dit punt omslaat in machteloosheid: “*Ze willen dolgraag leven, alleen ze kunnen niet meer op deze manier leven. En in onze maatschappij zijn er op dit moment geen oplossingen voor.*”

In de abortuszorg krijgt deze fundamentele machteloosheid een andere vorm. De wens van de patiënt wordt weliswaar ingewilligd en de zwangerschap kan effectief worden afgebroken, maar actoren zien in de praktijk vaak dat de nood van de patiënt veel verder reikt. Imme beschrijft patiënten met een onveilige verblijfsstatus of relaties vol partnergeweld, en ook verpleegkundige Noor ziet een enkele keer de zware gevolgen van huiselijk geweld. Imme vat de resulterende onmacht scherp samen: “Ik wil het liefst dat ook oplossen, maar dat gaat natuurlijk niet.” Hoewel de medische ingreep slaagt en de autonomie over de zwangerschap wordt gediend, blijft de onderliggende existentiële nood in deze situaties onbereikbaar voor de zorgverlener. Dit besef vormt in de betekenisgeving een wezenlijk breekpunt, naast de systemische barrières in de euthanasiezorg.

5.5 De overkoepelende dynamiek van betekenisgeving

Terugkijkend op de interviews voelde ik een contrast tussen de live gesprekken en het naderhand teruglezen van de interviews. Tijdens de gesprekken zelf voelde ik de zwaarte van het werk vaak minder direct, omdat de artsen en buddy's hun emoties goed wisten te reguleren en duidelijk hun verhaal wisten te vertellen. Pas toen ik de transcripten teruglas en de tekst voor me zag, raakte de zwaarte en de heftigheid van hun verhalen me soms opeens wel. Deze persoonlijke realisatie weerspiegelt de overkoepelende dynamiek van hun werk: de existentiële zwaarte verdwijnt nooit, maar wordt door de professionals continu gereguleerd en gebalanceerd. Wanneer die zwaarte, de noodzakelijke afscherming en de uiteindelijke dankbaarheid worden samengebracht, ontstaat een helder beeld van de manier waarop zij betekenis geven aan hun handelen op de grens van leven en dood.

Hoewel het ondersteunen van de patiënt voor professionals centraal staat, kan de daadwerkelijke uitvoering hiervan in de praktijk toch zwaar zijn. De visuele en lichamelijke confrontatie in het werk biedt hiervoor een verklaring: de betekenisgeving komt onder druk te staan wanneer het zichtbare leven botst met de medische ingreep die zij moeten verrichten. In de abortuszorg is een vroege afbreking voor de arts vaak nog een relatief abstracte ingreep. Bij latere termijnen krijgt het weefsel dat de arts in handen heeft echter steeds meer menselijke vormen, waardoor de handeling directer schuurt met het instinct rondom nieuw leven. Een vergelijkbare frictie ontstaat in de euthanasiezorg. Het uitvoeren van euthanasie bij een terminale patiënt voelt voor artsen, zoals Wouter aangaf, vaak begrijpelijk en invoelbaar, maar een verzoek van een psychiatrische patiënt met een ogenschijnlijk vitaal lichaam roept meer interne weerstand op. Dit laat zien dat ons visuele zintuig sterk stuurt hoe we een situatie ervaren. Hoewel we weten dat psychisch lijden net zo hevig kan zijn als fysiek lijden, ontbreekt bij een gezond lichaam de visuele bevestiging van die pijn. Hoe meer vitaliteit of leven er zichtbaar is, hoe sneller de professional neigt om de formele rol even los te laten en vanuit een persoonlijk, moreel perspectief te twijfelen. Om de behandeling toch te kunnen dragen, moeten zij het visuele bewijs van leven actief naar de achtergrond verplaatsen en zich volledig richten op de onzichtbare lijdensdruk en de uitgesproken wens van de patiënt.

Omdat de handeling onomkeerbaar is en de praktijk soms botst met het eigen instinct, is het van belang te begrijpen hoe deze professionals toch blijvend voldoening uit hun werk halen. De wisselwerking tussen maatschappelijke vooroordelen, de fysieke realiteit, de onmacht tegenover het systeem en de bereidheid om nood te verlichten, toont aan hoe deze zorgverleners zich in hun werk staande houden. Zij navigeren continu tussen het oordeel van de buitenwereld, de medische en juridische muren waar zij tegenaan lopen, hun eigen

morele twijfels en de zwaarte van wat zij visueel waarnemen. Te midden van deze weerstand zetten alle geïnterviewde artsen en buddy's zich er bewust voor in om het maatschappelijke stigma voor de patiënt, al is het maar voor even, onzichtbaar te maken. Door de patiënt als mens te zien en met respect te behandelen, creëren zij samen een omgeving waarin een oordeel ontbreekt. Binnen deze veilige ruimte vervult ieder een eigen, onmisbare rol: de arts neemt de medische en juridische verantwoordelijkheid op zich en garandeert een zorgvuldige procedure, terwijl de buddy de emotionele en praktische steun biedt die de patiënt in de eigen omgeving soms mist. Door de patiënt op deze manier gezamenlijk te steunen, vangen zij de zwaarte van de procedure op.

Dankbaarheid en opluchting vanuit de patiënt vormen hierin een belangrijke bevestiging, maar zij zijn niet de voorwaarde voor zingeving; het besef nodig te zijn is voor de actoren voldoende. Abortusbuddy Thomas relateert zijn inzet weleens lachend door te stellen dat hij voor "spek en bonen" meedoet, en benadrukt dat zijn werk evengoed betekenisvol blijft wanneer een patiënt zich afzijdig houdt of tijdens het wachten in de kliniek op de telefoon zit te bellen. Cato beaamt dit als buddy door te stellen dat waardering van patiënten niet gegarandeerd is, en de motivatie voor dit werk daarom structureel uit jezelf moet komen. Ook in de euthanasiezorg benadrukt Wouter nuchter dat de aandacht op het moment van overlijden vanzelfsprekend uitgaat naar de patiënt en diens familie, en niet primair naar de arts. Zolang deze professionals in de praktijk ervaren dat zij door hun gezamenlijke inzet de regie en zelfbeschikking van de patiënt kunnen faciliteren, ook zonder expliciete lof of dankbaarheid, vinden zij daarin voldoende fundering om dit zware werk te blijven dragen

6. Autonomie als relationele prestatie

6.1 discussie en conclusie

Op de existentiële grens weegt de morele zwaarte van het werk per situatie, en actoren bepalen die zwaarte voortdurend opnieuw: naar de buitenwereld toe, in hun eigen lichaam en in de relatie met de patiënt. Het lichaam telt daarbij mee in hoe zwaar een situatie aanvoelt. Wat die weging in al haar vormen dient, is de autonomie van de patiënt, en de grens van de zingeving wordt bereikt waar het systeem die autonomie onmogelijk maakt. Door de abortus- en euthanasiezorg samen te bestuderen, wordt zichtbaar dat beide velden inhoudelijk sterk verschillen, terwijl actoren er een vergelijkbaar patroon van wegen op nahouden.

Actoren hanteren die morele zwaarte op drie manieren, en de eerste verloopt via de taal waarmee zij reageren op een buitenwereld die een ander beeld van de werkelijkheid heeft. Die afwijking loopt in de twee velden tegengesteld. In de abortuszorg overschat de samenleving de zwaarte: Anna corrigeert dat beeld en noemt het mooiste vak dat er is. In de euthanasiezorg onderschat de samenleving de zwaarte juist, dit is zichtbaar wanneer tegen huisarts Maud wordt gezegd dat het net zo simpel zou moeten zijn als een huisdier een spuitje geven; in het voorgesprek maakt de arts dan duidelijk dat niet iedereen die niet meer wil leven zomaar in aanmerking komt en hoe ingrijpend de afweging werkelijk is. Ashforth en Kreiner (1999) beschrijven drie technieken waarmee mensen in besmet werk de stigmatisering hanteren, en alle drie keren in beide velden terug. Met *reframing* herdefiniëren actoren de aard van het werk, zoals Anna tot zinvolle hulp en Wouter tot een vorm van zorg die lijden verlicht. Met *refocusing* verleggen zij de nadruk naar de meer gewaardeerde kanten, zoals de opluchting na een abortus of de vervulde wens die Anton terugzag toen een stervende

vrouw hem met opgestoken duimen bedankte. Met *recalibrating* stellen zij de maatstaf bij, zoals Anna die benoemt dat een abortus kan meevallen en Sanne die haar handelen beoordeelt naar de zorgvuldigheid van het traject.

In de oorspronkelijke opvatting van Ashforth en Kreiner (1999) zijn de drie technieken naar binnen gericht: de actor herstelt de eigen verhouding tot een besmette taak om zichzelf staande te houden. In deze velden gebeurt meer. Actoren sturen ook het beeld van de buitenwereld bij, en die correctie reikt tot de patiënt zelf: wanneer iemand zich verontschuldigt voor de eigen emoties, bevestigt buddy Merel dat elke emotie normaal is en dat mensen na de behandeling ook opluchting kunnen voelen. Waar de technieken van Ashforth en Kreiner het zelfbeeld van de actor herstellen, stelt Merel het beeld van een ander bij. Dit bevestigt en verbreedt wat Harris et al. (2011) zagen, namelijk dat zorgverleners hun werk met trots herdefiniëren tot een vitale, levensreddende dienst. Stigmamanagement is hier dus ook naar buiten gericht: actoren sturen het beeld dat de buitenwereld van het werk heeft, om de patiënt te beschermen tegen een verkeerde verwachting.

De tweede manier speelt zich af in het lichaam van de actor, want betekenisgeving is daar ook zintuiglijk. Waar Pachirat (2011) en Jacobsen (2016) laten zien dat de samenleving de lichamelijke kant van de dood en van het doden buiten beeld houdt, ontstaat de frictie juist wanneer die onzichtbaarheid op de werkvloer wordt doorbroken en de arts ziet wat de samenleving liever niet ziet. Juist dat zien stuurt de zwaarte, want wat het oog als leven herkent, bepaalt mee hoe zwaar de handeling voelt; in beide velden geldt dat hoe meer leven of potentieel leven zichtbaar is, hoe zwaarder de ingreep weegt. Een foetus van twintig weken lijkt meer op een levensvatbaar kind dan een vrucht van zes weken: Imme beschrijft hoe het beeld op de echo de handeling "opeens allemaal heel echt" maakt en zij heel even "de switch maakt van abortusarts naar hoe andere mensen het zien", waarbij haar maag samenknijpt. Bij euthanasie werkt het omgekeerd even sterk: een zichtbaar aftakelend lichaam maakt de uitvoering voor een arts als Wouter invoelbaar, terwijl een nog vitaal ogend lichaam bij een psychiatrisch verzoek juist weerstand oproept. Zodra het lichaam zich zo opdringt, vraagt dat van de actor een bewuste heroverweging, en moet die de waarneming opzijzetten om bij de wens van de patiënt te blijven. Ashforth en Kreiner (1999) leggen het hanteren van stigma vooral in het denken, maar deze momenten laten zien dat de zwaarte zich ook in het lichaam aandient. Simpson en Simpson (2018) en Vachhani (2012) bekritiseerden al dat de *dirty work*-literatuur het lichaam over het hoofd zag; de echo en het vitale lichaam maken concreet wat zij bedoelen, doordat wat de actor ziet en voelt net zo zwaar weegt als de medische feiten van de casus.

Het lichaam levert niet alleen frictie op; het laat de actor ook voelen of het werk nog zinvol is. Sanne ligt voor elke euthanasie wakker, maar laat die onrust toe: de dag dat de uitvoering haar slaap niet meer verstoort, is de dag om te stoppen. Haar slapeloosheid is het punt waar *dirty work* en *meaningful work* samenkomen. Het is de morele stress die Jameton (1984) beschrijft, en tegelijk de bron van haar zingeving, omdat die wakkere nachten haar bewijzen dat het werk haar nog raakt. Daarmee verbindt dit onderzoek twee literaturen die elkaar zelden raken: waar de literatuur over besmet werk zulke lichamelijke reacties vooral als belasting ziet (Jameton, 1984) en de *meaningful work*-literatuur betekenis vooral in de waardering achteraf zoekt (Rosso et al., 2010), vallen die

twee bij Sanne in hetzelfde lichamelijke moment samen. Zij maakt zo concreet wat Wiering (2026) *meaning through work* noemt, en nuanceert Mikkelsen (2022), die lichamelijke reacties in vuil werk leest als functionele alertheid: Sanne gebruikt die onrust. De belasting blijft bovendien bij de actor hangen. Sanne draagt elke euthanasie die ze ooit uitvoerde nog met zich mee, Fien merkt voor zichzelf dat het werk met de jaren zwaarder is gaan wegen, en ook in de abortuszorg gaan sommige casussen volgens Anna onder de huid zitten. De patiënt passeert de grens tussen leven en dood eenmaal; de actor staat er telkens opnieuw en blijft er daardoor voortdurend mee leven, zodat wat Johnsen en Sørensen (2015) permanente liminaliteit noemen hier een blijvende last kan worden.

De derde manier ligt in de verdeling van rollen rond de patiënt. De arts houdt het eigenaarschap van de beslissing nadrukkelijk bij de patiënt: wanneer Anna zegt dat de patiënt ermee verder moet en zichzelf om vijf uur naar huis gaat, klinkt dat afstandelijk, en de *dirty work*-literatuur leest het zo. Ook Wouter ziet het verzoek en het lijden als die van de patiënt en houdt ze daarmee buiten zichzelf. Galazka en Wallace (2023) beschrijven zulk grenswerk als een grens met de cliënt om besmetting van de identiteit te voorkomen, en Dick (2005) laat zien hoe het verwijzen naar externe procedures persoonlijke twijfel neutraliseert. Die lezing klopt, maar is niet volledig: Anna en Wouter trekken die grens om zichzelf te beschermen en tegelijk om de regie bij de patiënt te houden. Het grenswerk dat in de literatuur vooral het zelf beschermt, beschermt hier ook de autonomie van de patiënt.

De arts leunt binnen die rolverdeling op het juridische kader, en dat kader werkt twee kanten op. Aan de ene kant geeft het zekerheid. Sanne ligt niet wakker van de toetsingscommissie, want ze weet dat ze haar werk goed doet, en ook Cato, jurist en abortusbuddy, benadrukt dat de strenge wetgeving de zorgvuldigheid waarborgt. In zoverre klopt wat Dick (2005) en, voor de euthanasiezorg, Postma en Buijsen (2024) beschrijven: de strafuitsluitingsgrond als een "rechtmatig, tenzij" dat de twijfel wegneemt. Aan de andere kant houdt datzelfde kader het stigma in stand, en dat geluid klinkt in beide velden. Sanne wijst diezelfde regels aan als bron van het taboe: euthanasie zou wat haar betreft uit het strafrecht moeten, omdat de constructie die zij "strafbaar, tenzij" noemt blijft suggereren dat zij iets verkeerd doet, terwijl de strenge voorwaarden mogen blijven. In de abortuszorg willen Imme, Pien en Karin om dezelfde reden dat abortus uit het strafrecht gaat, omdat de strafbaarstelling het werk volgens hen ten onrechte als misdadig blijft markeren in plaats van als normale zorg; dat regelgeving abortuszorg zo opnieuw kan criminaliseren, lieten Harris et al. (2011) al zien. Dezelfde wet biedt de actor dus zekerheid en houdt het werk tegelijk omstreden, en daarmee gaat dit onderzoek een stap verder dan Dick (2005).

Het stigma kan voor de patiënt leiden tot wat euthanasiebuddy Guus een "sociaal isolement" noemt, en juist daar vangen vrijwilligers het deel van de zwaarte op dat buiten de rol van de arts valt. Dat geldt in beide velden: euthanasiebuddy's als Guus, Lize en Loes staan mensen bij die er alleen voor staan, en abortusbuddy's als Merel en Thomas gaan mee met patiënten die niemand anders hebben. Galazka en Wallace (2023) en Dick (2005) laten zien dat de arts zich tegen besmetting beschermt door strikte grenzen te trekken, maar diezelfde distantie houdt het isolement van de patiënt onbedoeld in stand. Waar de literatuur ervan uitgaat dat weerbaarheid tegen stigma uitsluitend binnen een hechte beroepsgroep ontstaat (Kreiner et al., 2006), vullen vrijwilligers hier

precies de intermenselijke taken aan die de arts moet afbakenen. Doordat zij die ondersteuning overnemen, raakt het stigmamanagement gedecentraliseerd: de omgang met het stigma verspreidt zich over actoren binnen én buiten de formele zorgorganisatie, waardoor niet één actor de volledige zwaarte hoeft te dragen. De inzet van een vrijwilliger vormt zo een nieuw perspectief binnen de *dirty work*-literatuur.

Wat al die manieren van wegen uiteindelijk dienen, is de autonomie van de patiënt, en juist daarin ligt voor de actoren ook de betekenis van het werk. Het werk blijft betekenisvol omdat het echte nood verlicht: buddy Merel ziet patiënten "wel twintig kilo lichter" de kliniek verlaten. Waar Rosso et al. (2010) zingeving vooral uit het zelf en individuele zelfverwezenlijking laten voortkomen, laat dit onderzoek zien dat zingeving op de existentiële grens een fundamenteel relationele prestatie is. Opluchting en dankbaarheid bevestigen het werk, maar zijn niet nodig. Wat telt is dat de patiënt de actor toelaat: het verzoek om hulp laat al zien dat iemand de actor nodig heeft, ook zonder zichtbare dank. Dat besef is breed gedeeld. Abortusbuddy's als Cato en Merel halen hun voldoening uit de vraag of zij zelf iets nuttigs hebben gedaan en niet uit de reactie van een ander, en ook onder de artsen klinkt dat de waardering wel fijn maar niet noodzakelijk is. Daarmee nuanceert dit de positieve interpersoonlijke signalen van Lysova et al. (2023): in gestigmatiseerd werk is een dankjewel niet vereist om de handeling als zinvol te ervaren.

Zolang de actor de autonomie van de patiënt recht kan doen, is de zwaarte te dragen; het werk breekt pas waar dat onmogelijk wordt. De handeling, de lichamelijke frictie en het maatschappelijke oordeel zijn ondergeschikt aan die autonomie, en juist daarom blijft de persoonlijke morele wrijving meestal overbrugbaar. Hoe actoren dat doen, zegt het meest over hun zingeving. Imme en Anna voelen weerstand bij een abortus vanwege het geslacht van de foetus, maar leggen het morele probleem bij de maatschappij en niet bij de patiënt: door uit te zoomen lezen zij het verzoek als een teken van genderongelijkheid en culturele druk, en juist daardoor kunnen zij de ingreep zonder oordeel over de patiënt uitvoeren. Niet elke wrijving wordt zo overbrugd, want Maud zou een tweelingabortus om planningsredenen zelf niet uitvoeren, wat laat zien dat het opzijzetten van het eigen oordeel een grens kent. Voor wie de wrijving wél overbrugt, komt de zingeving voort uit een overtuiging die zwaarder weegt dan instemming met de afzonderlijke casus: het recht van de patiënt om zonder oordeel te beslissen. Hetzelfde geldt voor buddy's in de euthanasiezorg. Daarmee geven zij een radicale invulling aan wat Martela en Pessi (2018) *broader purpose* noemen: de bijdrage aan een doel buiten de eigen persoon.

Actoren zetten zich vanuit uiteenlopende overtuigingen in, en die overtuigingen vormen in de praktijk een spectrum. Aan de ene kant staat een emancipatoire houding, voortkomend uit verzet tegen een systeem of norm: verpleegkundige Noor zorgt naar eigen zeggen voor een "onderdrukte populatie", Imme handelt vanuit maatschappelijke motieven, en euthanasiebuddy's Loes en Ruud raken betrokken doordat de psychiatrische zorg onvoldoende bereikbaar is. Aan de andere kant staat een pragmatische invulling: abortusbuddy Thomas en huisarts Jeroen handelen vanuit praktische medemenselijkheid en medische plicht, en Jeroen geeft aan dat er voor hem geen ethische drijfveer is, maar dat euthanasie bij goede zorg hoort. Voor artsen als Wouter en Jeroen ligt de nadruk daarbij op het verlichten van lijden, een tweede drijfveer naast de emancipatoire houding. Daarmee

nuanceert deze studie Martela en Pessi (2018): *broader purpose* vereist hier geen gedeeld ideologisch startpunt. Die overtuiging hoeft de actor niet weg te strepen tegen de autonomie van de patiënt; in beide invullingen valt het dienen van die autonomie samen met de eigen drijfveer, en juist daarom blijft het werk betekenisvol. Dit wijkt af van Ashforth en Kreiner (1999), waar betekenis ontstaat doordat iemand het werk voor zichzelf positiever maakt; hier ontstaat zij doordat de actor de keuze van de patiënt vooropstelt.

Onoverbrugbaar wordt de machteloosheid pas wanneer de autonomie zelf niet meer te honoreren is, en dat gebeurt in beide velden, op manieren die elk iets anders over het systeem laten zien. In de euthanasiezorg blokkeert het systeem soms een heldere wens: mensen met psychisch lijden die nog willen leven maar niet op deze manier, lopen jarenlang vast, en voor hun situatie bestaat, zoals buddy Loes zegt, op dit moment geen oplossing. Soms wordt de autonomie zelf onkenbaar: Sanne begeleidt een patiënt die euthanasie wilde mocht zij ooit dement worden, maar die dat nu niet meer consistent kan uiten, waardoor de aandoening de toegang tot haar wil blokkeert en Sanne het bij deze patiënt niet meer goed kan doen. In de abortuszorg ligt de grens ergens anders. De keuze ligt grotendeels bij de patiënt zelf en de wens wordt binnen de wettelijke termijn ingewilligd, zodat het systeem de autonomie hier zelden blokkeert; toch zien actoren soms dat er achter het verzoek veel meer speelt dan de zwangerschap zelf. Imme beschrijft een vrouw die afbrak vanwege een al jaren onzekere verblijfsstatus, en een ander met partnergeweld thuis. De abortus wordt uitgevoerd en daarmee de autonomie van de patiënt over die beslissing gediend, maar de onderliggende nood lost dat niet op, en Imme zou dat probleem het liefst ook oplossen terwijl ze weet dat ze dat niet kan. De machteloosheid ziet er in de twee velden dus verschillend uit: bij euthanasie blokkeert het systeem het honoreren van de autonomie, terwijl bij abortus het honoreren ervan de diepere nood niet bereikt. Waar Pinto et al. (2025) laten zien dat artsen voortdurend balanceren tussen de wens van de patiënt en hun eigen geweten, voegt dit onderzoek toe wat er gebeurt wanneer die balans wegvalt: de afweging die het werk draagbaar houdt, verdwijnt. Het werk wordt daarmee niet in één klap zinloos. Wel is het voor de actor op deze grens lastiger om er betekenis aan te geven, en nadert de ervaring wat Bal et al. (2025) een "crisis van betekenisloosheid" (*meaninglessness*) noemen. Mitra en Buzzanell (2016) en Florian et al. (2019) koppelen het wankelen van zingeving aan botsende commerciële of bureaucratische belangen, maar hier ligt de bron ergens anders: de actor doet precies wat de patiënt vraagt en toch blijft de situatie onopgelost, of het systeem maakt het inwilligen van de wens onmogelijk.

Actoren in de abortus- en euthanasiezorg navigeren de spanning tussen maatschappelijk stigma en professionele betekenisgeving door hun eigen oordeel, en de frictie die het werk oproept, ondergeschikt te maken aan de autonomie van de patiënt. Hun drijfveren lopen uiteen, van een emancipatoire overtuiging tot het verlichten van lijden of een praktische medische plicht, maar delen dat de actor de eigen overtuiging telkens laat aansluiten bij de keuze van de patiënt en die keuze niet overneemt. De frictie die zij ervaren is voor een belangrijk deel lichamelijk: wat de actor op het moment zelf ziet en voelt stuurt mee hoe zwaar de handeling aanvoelt en moet actief opzij worden gezet om bij de wens van de patiënt te blijven, zodat het lichaam meeweegt in hoe de morele zwaarte wordt ervaren. Wat hen over hun verschillen heen verbindt, is dat zij de waarde van

hun handelen afmeten aan de concrete vraag naar hun ondersteuning, en niet aan maatschappelijke acceptatie of dankbaarheid. Dat patiënten een beroep op hen blijven doen om de regie over het eigen leven te behouden, bevestigt dat het werk zinvol is, en zolang zij die zelfbeschikking kunnen faciliteren is het werk draagbaar. De betekenisgeving loopt pas vast aan de grens van hun invloedssfeer: de omslag naar onmacht komt wanneer een systeem de autonomie blokkeert, of wanneer de nood van de patiënt verder reikt dan wat de actoren vanuit hun rol kunnen oplossen.

6.2 Reflectie en vervolgonderzoek

Het betrekken van de buddy's in dit onderzoek had toegevoegde waarde, omdat hierdoor het veld vanuit een breder perspectief is belicht en zichtbaar werd dat de zwaarte en de betekenisgeving van dit werk niet uitsluitend door artsen worden gedragen. Daarbij heeft het combineren van de theorieën over besmet werk, zingeving, en de belichaming ervoor gezorgd dat inzichtelijk is geworden dat de omgang met maatschappelijke druk en het vinden van betekenis geen losse processen zijn, maar continu door elkaar heen lopen. Hierdoor kon in dit onderzoek beter worden verklaard hoe professionals zich daadwerkelijk staande houden in omstreden werk.

Daarnaast was er mogelijk in dit onderzoek sprake van zelf-selectiebias. Dit komt doordat een deel van de participanten bewust voor dit specifieke (vrijwilligers)werk heeft gekozen. Zij bevinden zich hierdoor waarschijnlijk vaker in een sociale omgeving waarin het belang van hun werk wordt gedeeld. Dit kan ertoe leiden dat zij in hun dagelijks leven minder vaak worden geconfronteerd met het oordeel van de buitenwereld, waardoor zij het maatschappelijk stigma minder direct meekrijgen. Dit verschilt echter bij de geïnterviewde huisartsen, voor wie euthanasie onderdeel is van een breder takenpakket en niet per definitie voortkomt uit een specifieke voorkeur voor euthanasie. De resultaten weerspiegelen hierdoor mogelijk de beleving van een relatief overtuigde groep, wat invloed kan hebben op het algemene beeld van hoe zwaar het stigma op de werkvloer werkelijk drukt.

Een andere limitatie is dat de werkelijkheid in de spreekkamer uitsluitend is bestudeerd door de ogen van de zorgverlener, waardoor de ervaring van de patiënt zelf in dit verhaal ontbreekt. Een logische vervolgstap is dan ook om de patiënt in toekomstig onderzoek aan het woord te laten. Hoewel de resultaten laten zien dat artsen en buddy's met goede intenties en via rol-afbakening een veilige ruimte proberen te bieden, zou onderzocht moeten worden of patiënten deze professionele afstand ook daadwerkelijk als behulpzaam ervaren, en waar zij in de praktijk toch nog oordelen voelen. Door ook hun kant van het verhaal mee te nemen, ontstaat een completer beeld van hoe professionals en patiënten elkaar in deze situaties beter kunnen ondersteunen. Daarnaast vormt de gekozen methode een beperking voor het bestuderen van belichaamde frictie. Omdat dit onderzoek leunt op interviews, is de existentiële zwaarte en lichamelijke frictie voornamelijk retrospectief en via talige reflectie onderzocht. Vervolgonderzoek zou baat hebben bij participatieve observaties op de werkvloer, om zo de belichaamde frictie daadwerkelijk 'in het doen' en in directe interactie met de materiële omgeving te kunnen observeren, nog voordat deze cognitief door de professional wordt gerationaliseerd.

Tot slot laten de verhalen van de artsen en buddy's zien dat de theorie rondom controversieel werk niet los gezien kan worden van de dagelijkse maatschappelijke realiteit. Het gegeven dat patiënten in de abortuszorg en bij euthanasietrajecten nog steeds de nabijheid van een buddy nodig hebben, laat zien dat het uiten van een doodswens of het afbreken van een zwangerschap in de praktijk nog te vaak gepaard gaat met eenzaamheid. De arts en buddy proberen in de kliniek of spreekkamer samen een oordeelvrije ruimte te

creëren, om de patiënt tijdelijk af te schermen van deze maatschappelijke druk. Dit roept de vraag op waar dit aanhoudende stigma en deze eenzaamheid precies vandaan komen. Een richting voor verder vervolgonderzoek is dan ook om te kijken naar de institutionele kaders rondom deze zorg. Zowel abortus als euthanasie is in Nederland bijvoorbeeld nog altijd opgenomen in het Wetboek van Strafrecht. Het is relevant om te onderzoeken in hoeverre deze specifieke juridische positionering onbewust bijdraagt aan de schaamte rondom deze keuzes, en in welke mate dit het stigma in de samenleving onbedoeld in stand houdt.

7. Literatuurlijst

- Allan, B. A., Rolniak, J. R., & Bouchard, L. (2018). Underemployment and Well-Being: Exploring the Dark Side of Meaningful Work. *Journal of Career Development*, 47(1), 111-125. <https://doi.org/10.1177/0894845318819861>
- Ashforth, B. E., & Kreiner, G. E. (1999). "How Can You Do It?": Dirty Work And The Challenge Of Constructing A Positive Identity.
- Bailey, C., Yeoman, R., Madden, A., Thompson, M., & Kerridge, G. (2019). A Review of the Empirical Literature on Meaningful Work: Progress and Research Agenda. *Human Resource Development Review*, 18(1), 83-113. <https://doi.org/10.1177/1534484318804653>
- Bal, P. M., Galuppo, L., Lozza, E., Mendy, J., & Ripamonti, S. (2025). *Lost in Meaninglessness: Exploring How, When, and Why Work Becomes Meaningless and Finding Ways Forward*.
- Barley, S. R., & Kunda, G. (2001). Bringing Work Back In. *Organization Science*, 12(1), 76-95. <https://doi.org/10.1287/orsc.12.1.76.10122>
- Bosmans, K., Mousaid, S., De Cuyper, N., Hardonk, S., Louckx, F., & Vanroelen, C. (2016). Dirty work, dirty worker? Stigmatisation and coping strategies among domestic workers. *Journal of Vocational Behavior*, 92, 54-67. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.11.008>
- Bourdieu, P. (1993). The Field of Cultural Production: Essays on Art and Literature. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 54(1), 88. <https://doi.org/10.2307/431688>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (Fifth Edition). Oxford University Press.
- College voor de Rechten van de Mens. (2019). *Bufferzones bij abortusklinieken* [Webpagina]. <https://www.mensenrechten.nl/actueel/weblogs/toegelicht/2019/bufferzones-bij-abortusklinieken>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). *Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria*.
- Dick, P. (2005). Dirty work designations: How police officers account for their use of coercive force. *Human Relations*, 58(11), 1363-1390. <https://doi.org/10.1177/0018726705060242>
- Edmondson, A. C., & Mcmanus, S. E. (2007). Methodological fit in management field research. *Academy of Management Review*, 32(4), 1246-1264. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.26586086>
- Eerste Kamer. (2022). *Behandeling Afschaffing minimale beraadtermijn voor afbreking van zwangerschappen*. https://www.eerstekamer.nl/verslagdeel/20220614/afschaffing_minimale_beraadtermijn
- Euthanasiecommissie. (2026, januari 1). *EuthanasieCode 1 januari 2026* | Regionale Toetsingscommissie Euthanasie [Webpagina]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.euthanasiecommissie.nl/documenten/2026/01/01/euthanasiecode>
- Expertisecentrum Euthanasie. (z.d.). *Over Expertisecentrum Euthanasie*. Geraadpleegd 26 mei 2026, van <https://expertisecentrum euthanasie.nl/over-ons/>

- Florian, M., Costas, J., & Kärreman, D. (2019). Struggling with Meaningfulness when Context Shifts: Volunteer Work in a German Refugee Shelter. *Journal of Management Studies*, 56(3), 589-616. <https://doi.org/10.1111/joms.12410>
- Galazka, A. M., & Wallace, J. (2023). Challenging the ‘dirty worker’ — ‘clean client’ dichotomy: Conceptualizing worker-client relations in dirty work. *International Journal of Management Reviews*, 25(4), 707-724. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12330>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Touchstone.
- Graebner, M. E., Martin, J. A., & Roundy, P. T. (2012). Qualitative data: Cooking without a recipe. *Strategic Organization*, 10(3), 276-284. <https://doi.org/10.1177/1476127012452821>
- Hamilton, P., Redman, T., & McMurray, R. (2019). ‘Lower than a Snake’s Belly’: Discursive Constructions of Dignity and Heroism in Low-Status Garbage Work. *Journal of Business Ethics*, 156(4), 889-901. <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3618-z>
- Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1062-1070. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>
- Hermanowicz, J. C. (2002). *The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed*.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe, IL: Free Press.
- Hughes, E. C. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, 10(1), 3-11. <https://doi.org/10.2307/799402>
- Huising, R. (2015). To Hive or to Hold? Producing Professional Authority through Scut Work. *Administrative Science Quarterly*, 60(2), 263-299. <https://doi.org/10.1177/0001839214560743>
- Jacobsen, M. (2016). “Spectacular Death”—Proposing a New Fifth Phase to Philippe Ariès’s Admirable History of Death. *Humanities*, 5(2), 19. <https://doi.org/10.3390/h5020019>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*.
- Johnsen, C. G. & Sørensen, B. M (2015): ‘It’s capitalism on coke!’: From temporary to permanent liminality in organization studies, *Culture and Organization*, 21(4): 321-337
- Keown, J. (2018). *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalisation* (2de dr.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107337909>
- Kreiner, G. E., Ashforth, B. E., & Sluss, D. M. (2006). Identity Dynamics in Occupational Dirty Work: Integrating Social Identity and System Justification Perspectives. *Organization Science*, 17(5), 619-636. <https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0208>
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Locke, K., Feldman, M., & Golden-Biddle, K. (2022). Coding Practices and Iterativity: Beyond Templates for Analyzing Qualitative Data. *Organizational Research Methods*, 25(2), 262-284. <https://doi.org/10.1177/1094428120948600>
- Lucas, K., & Buzzanell, P. M. (2004). Blue-collar work, career, and success: Occupational narratives of *Sisu*. *Journal of Applied Communication Research*, 32(4), 273-292. <https://doi.org/10.1080/0090988042000240167>
- Lysova, E. I., Fletcher, L., & El Baroudi, S. (2023). What enables us to better experience our work as meaningful? The importance of awareness and the social context. *Human Relations*, 76(8), 1226-1255. <https://doi.org/10.1177/00187267221094243>

- Martela, F., & Pessi, A. B. (2018). Significant Work Is About Self-Realization and Broader Purpose: Defining the Key Dimensions of Meaningful Work. *Frontiers in Psychology*, 9, 363. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00363>
- McMurray, R., & Ward, J. (2014). ‘Why would you want to do that?’: Defining emotional dirty work. *Human Relations*, 67(9), 1123-1143. <https://doi.org/10.1177/0018726714525975>
- Mercurio, Z. A. (2019). *The Lived Experience Of Meaningful Work In A Stigmatized Occupation: A Descriptive Phenomenological Inquiry*.
- Mikkelsen, E. N. (2022). Looking over your shoulder: Embodied responses to contamination in the emotional dirty work of prison officers. *Human Relations*, 75(9), 1770-1797. <https://doi.org/10.1177/00187267211019378>
- Mitra, R., & Buzzanell, P. M. (2016). Communicative tensions of meaningful work: The case of sustainability practitioners. *Human Relations*, 70(5), 594-616. <https://doi.org/10.1177/0018726716663288>
- Moen, K. (2018). *Death at Work: Existential and Psychosocial Perspectives on End-of-Life Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-90326-2>
- Norwood, F. (2020). *The maintenance of life: Preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care—Lessons from The Netherlands*. (Second edition).
- Pachirat, T. (2011). *Every twelve seconds: Industrialized slaughter and the politics of sight*. Yale University Press.
- Pans, E. (2006). *De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasierecht*. Wolf Legal Publishers.
- Parra Jounou, I., Triviño-Caballero, R., & Cruz-Piqueras, M. (2024). For, against, and beyond: Healthcare professionals’ positions on Medical Assistance in Dying in Spain. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01069-1>
- Petchesky, R. P. (1987). *Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction*.
- Pinto, P., Fogarty, G. B., & Kissane, D. (2025). Narrative review of the impact on physicians of administering euthanasia or physician-assisted suicide and its association with moral distress. *Palliative and Supportive Care*, 23, e115. <https://doi.org/10.1017/S1478951525000240>
- Postma, L., & Buijsen, M. A. J. M. (2024). Abortus: Strafrecht of zorg?: Argumenten voor en tegen het ‘decriminaliseren’ van abortus provocatus in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Strafrecht*, 5(1), 33-44. <https://doi.org/10.5553/NTS/266665532024004001005>
- Pratt, M. G., & Ashforth, B. E. (2003). Fostering meaningfulness in working and at work. In *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline*. Berrett-Koehler.
- Rijksoverheid. (2026, januari 28). *Antwoorden op Kamervragen over bufferzones tegen intimidatie bij abortusklinieken—Kamerstuk—Rijksoverheid.nl* [Kamerstuk]. Ministerie van Algemene Zaken. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2026/01/28/antwoorden-op-kamervragen-over-bufferzones-tegen-intimidatie-bij-abortusklinieken>
- Roberts, J. (2012). *The visualised foetus: A cultural and political analysis of ultrasound imagery*. Routledge.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91-127. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.09.001>
- Samen naar de Kliniek. (z.d.). *Samen naar de Kliniek*. Geraadpleegd 26 mei 2026, van <https://samennaardekliniek.nl/>
- Schilling, J. (2006). On the Pragmatics of Qualitative Assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 28-37. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.28>

- Simpson, R., Hughes, J., Slutskaia, N., & Balta, M. (2014). Sacrifice and distinction in dirty work: Men's construction of meaning in the butcher trade. *Work, Employment and Society*, 28(5), 754-770. <https://doi.org/10.1177/0950017013510759>
- Simpson, R., & Simpson, A. (2018). "Embodying" dirty work: A review of the literature. *Sociology Compass*, 12(6), e12581. <https://doi.org/10.1111/soc4.12581>
- Stichting KEA. (z.d.). *Stichting KEA - Euthanasie bij psychische aandoeningen*. Geraadpleegd 26 mei 2026, van <https://stichtingkea.nl/>
- Stisan. (2019). *Abortusklinieken willen verbod op demonstraties voor de deur*. <https://www.stisan.nl/abortusklinieken-willen-verbod-op-demonstraties-voor-de-deur>
- Vachhani, S. J. (2012). Stains, Staining and the Ethics of Dirty Work. In R. Simpson, N. Slutskaia, P. Lewis, & H. Höpfl (Red.), *Dirty Work* (pp. 33-48). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230393530_3
- Weyers, H. (2004). *Euthanasie: Het proces van rechtsverandering*. Amsterdam University Press.
- Wiering, J. O. (2026). The significance of donkey droppings: How materiality mediates meaningful experiences. *Culture and Organization*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/14759551.2026.2650380>
- Zilber, T. B. (2002). Institutionalization As An Interplay Between Actions, Meanings, And Actors: The Case Of A Rape Crisis Center In Israel. *Academy of Management Journal*, 45(1), 234-254. <https://doi.org/10.2307/3069294>

Bijlage 1

1. Introductie en de dagelijkse werkpraktijk

- *Kun je me iets meer vertellen over je rol en dagelijkse werkzaamheden als [arts/buddy]?*
- *Hoe en waarom ben je dit (vrijwilligers)werk gaan doen?*
- *Hoe ziet een typisch(e) begeleiding of traject eruit vanaf het moment dat je betrokken raakt?*
- *Wat gebeurt er precies tijdens zo'n dienst, bijvoorbeeld in de wachtkamer of tijdens het wachten op goedkeuring?*

2. Bronnen van zingeving (Meaningful work) Doel: Achterhalen hoe actoren betekenis en waarde toekennen aan hun inzet op de existentiële grens.

- *Wat maakt voor jou zo'n begeleiding of traject waardevol of succesvol?*
- *Haal je hier energie of voldoening uit, en waar zit dat dan in?*
- *Voel je waardering vanuit de patiënten/hulpvragers, of haal je die waardering vooral uit jezelf?*
- *Vind je het wel eens lastig om voor jezelf betekenis te geven aan wat je precies hebt gedaan op een dag?*

3. Identiteitswerk en de belichaming van het werk

- *Hoe ervaar jij de zwaarte van een traject of begeleiding?*
- *Hoe zorg jij ervoor dat je de zwaarte of emoties van de situatie (niet) mee naar huis neemt?*
- *Vind je het lastig om een bepaalde (professionele) afstand te bewaren tot de persoon die je begeleidt?*
- *Raakt het werk je lichamelijk of mentaal, bijvoorbeeld na een hele intense werkdag?*

4. Stigma-management (Dirty work)

- *Op dit moment heerst er in de samenleving soms een taboe of stigma op [abortus / euthanasie bij psychisch lijden]. Krijg je dit zelf ook mee?*
- *Ervaar je wel eens weerstand of onbegrip vanuit je eigen sociale omgeving, en hoe reageer je daarop?*
- *Heb je wel eens de behoefte (of noodzaak) om je werk te moeten verdedigen tegenover anderen?*

5. Dynamiek tussen de systeem- en leefwereld

- *Zowel abortus als euthanasie staan in het Wetboek van Strafrecht; wat vind jij daarvan in relatie tot jouw werk?*
- *Hoe ervaar je de lange wachttijden en strenge toetsingseisen voor patiënten met psychisch lijden?*
- *Voel je soms een discrepantie tussen wat het formele systeem eist en wat jij in de leefwereld van de hulpvrager ziet gebeuren?*