De transitie van student naar huisarts in opleiding: de begeleiding van de palliatieve patiënt

Sarah Jansens, KU Leuven

Promotor: Dr. Mieke Vermandere, Academisch centrum huisartsgeneeskunde KU Leuven

Co-promotor: Prof. Dr. Ann Roex, Academisch centrum huisartsgeneeskunde KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017

ABSTRACT

Context

Om de Vlaamse huisartsen in opleiding (HAIO) optimaal te kunnen begeleiden zou het interessant zijn om hun transitieproces van student geneeskunde naar HAIO in de praktijk in beeld te brengen. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe studenten en beginnende HAIO's op verschillende momenten van de transitie omgaan met complexe huisartsentaken. Er werd gekozen om de begeleiding van een palliatieve patiënt als 'testcase' te nemen. Dit domein van de huisartsgeneeskunde biedt heel wat uitdagingen voor een beginnende arts.

Onderzoeksvraag

Hoe evolueert de zelfzekerheid van de student huisartsgeneeskunde bij de medische, communicatieve en multidisciplinaire aanpak van een palliatieve patiënt doorheen het transitieproces van student naar HAIO?

Methode

Er werd gekozen voor een *mixed method design.* Voor het kwantitatieve luik werd een prospectieve, observationele cohortstudie uitgevoerd. Een cohort studenten werd gevolgd gedurende 9 maanden. Observaties werden gemaakt door middel van metingen van zelfzekerheid met de *Self-efficacy in Palliative Care Scale* en de *Thanatophobia Scale*. Deze vragenlijsten werden op 4 momenten afgenomen bij studenten huisartsgeneeskunde: kort voor de tweedaagse opleiding rond palliatieve zorg in het zevende jaar, kort na deze opleiding, tijdens de vijfde week als HAIO en tijdens de zeventiende week als HAIO. Voor het kwalitatieve luik werden semigestructureerde interviews uitgevoerd bij huisartsen in opleiding na het beëindigen van hun eerste jaar. De data werden geanalyseerd door middel van een thematische analyse.

Resultaten

De interviews en in mindere mate de vragenlijsten tonen een algemene evolutie in zelfzekerheid. De zelfzekerheid rond communicatie, patiënt management en multidisciplinaire samenwerking wordt volgens het kwantitatief onderzoek voornamelijk beïnvloed door de lessen in palliatieve zorg. Het kwalitatief onderzoek duidt meer op de praktijkervaring, die een positieve invloed heeft op de zelfzekerheid rond medische aanpak, communicatie en organisatie.

Conclusie

Onzekerheid op medisch, communicatief en organisatorisch vlak bij de start als HAIO lijkt onvermijdbaar. Maar er zijn een aantal punten waarop de opleiding kan inspelen om de transitie zo vlot mogelijk te laten verlopen. Een graduele toename van verantwoordelijkheid en een graduele afbouw van de supervisie lijken cruciaal. Daarnaast wordt best gestart met een gemakkelijke casus. Vervolgens wordt het leerproces ook bevorderd wanneer de opleider samen met de HAIO frequent kan reflecteren over de casus. Tenslotte vinden HAIO's het ook ondersteunend om concrete en praktische informatie binnen handbereik te hebben.

INHOUD

Abstract **2**
Inleiding **4**
Methode **6**
Kwantitatieve studie 6
1. Design 6
2. Deelnemers en recrutering 6
3. Vragenlijsten 7
4. Analyse 7
Kwalitatieve studie 8
1. Design 8
2. Deelnemers 8
3. Interviews 8
4. Analyse 9
Resultaten **10**
Kwantitatieve studie 10
1. Respons 10
2. Communicatie 10
3. Patiëntmanagement 11
4. Multidisciplinaire samenwerking 11
5. Thanatophobia schaal 12
Kwalitatieve studie 12
1. Kenmerken deelnemers 12
2. Medisch 13
3. Communicatie 14
4. Organisatie 15
5. Multidisciplinaire samenwerking 15
6. Begeleiding door de praktijkopleider 16
7. Voorbereidende lessen en stages 17
8. Algemene evolutie in zelfzekerheid, verantwoordelijkheid en strategieën 18
Discussie **20**
Samenvatting resultaten en vergelijking met bestaande literatuur 20
Sterktes en zwaktes van de studie 21
Aanbevelingen voor de praktijk en de opleiding 21
Besluit **24**
Dankwoord **25**
Bronnen **26**
Bijlagen **28**
Bijlage 1: *Self-efficacy in Palliative Care Scale* 28
Bijlage 2: *Thanatophobia Scale* 30
Bijlage 3: Topiclijst voor interviews. 21
Bijlage 4: Interessante citaten uit de interviews 32
Bijlage 5: Aanvraag en goedkeuring ethisch comité 34

INLEIDING

De medische opleiding is een continuüm dat begint in het eerste bachelor jaar geneeskunde en dat doorloopt tot men start als erkend huisarts of specialist. Dit continuüm wordt echter gekenmerkt door enkele belangrijke overgangen, ook wel transities genoemd. De eerste transitie vindt plaats bij de start van de medische opleiding. De tweede is de overgang van de theoretische opleiding naar de klinische stages. Dit artikel handelt over de derde transitie: het starten als huisarts in opleiding (HAIO) of als arts-assistent. Een vierde overgang is dan de effectieve start als erkend arts (1).

Een transitie is geen specifiek moment, maar een dynamisch proces. Dit proces bestaat uit vier fasen: de voorbereiding, het ondervinden, de aanpassing en de stabilisatie (2). Bij een transitie komt de persoon in een nieuwe situatie terecht. Dit zorgt voor nieuwe uitdagingen en mogelijkheden (2). Het is vaak een moment van snelle persoonlijke ontwikkeling, maar gaat anderzijds ook met veel emoties gepaard (1,3).

Veel jonge artsen ervaren de transitie naar HAIO als een stresserende periode (3). Er wordt plots meer van hen verwacht. Men krijgt heel wat meer verantwoordelijkheid (1,2). Als stagiair moest men bijvoorbeeld geen beslissingen maken over de behandeling van patiënten en nu krijgt men ineens wel deze verantwoordelijkheid. Het is niet evident om als jonge arts mede verantwoordelijk te zijn voor mensenlevens (2). Beginnen werken als arts vergt een aanpassing aan de nieuwe professionele rol en een integratie in de nieuwe werkomgeving (4). Vaak weten zij niet goed wat van hen verwacht wordt of wanneer zij hulp moeten zoeken (6). Er wordt veel verwacht van beginnende artsen en dit kan leiden tot stress. Zeker als de jonge arts onvoldoende voorbereid werd tijdens zijn medische opleiding of wanneer hij onvoldoende steun krijgt tijdens zijn opleiding (5). Uit ondervragingen bij beginnende artsen blijkt dat zij zich vooral onzeker voelen rond het voorschrijven van medicatie en het uitvoeren van technische procedures (7). Zij voelen zich ook onzeker rond multidisciplinaire samenwerking. De recentste studies tonen dat pas afgestudeerde artsen zich communicatief wel goed voorbereid voelen (7).

25% van de pas afgestudeerde artsen ervaren een burn-out. Het eerste jaar als arts lijkt ook het meest stresserende te zijn (3,8). De transitie vlotter laten verlopen zou kunnen bijdragen tot het beperken van stress, angst en burn-outs. Men kan op verschillende manieren er voor zorgen dat de jonge arts met meer vertrouwen aan het artsenberoep begint. Dit vooral door er voor te zorgen dat de student tijdens stages voldoende en betekenisvol contact heeft met de patiënten. Vaak zijn de patiëntencontacten tijdens stages beperkt in frequentie en intensiteit. Het is nuttig om de studenten voldoende, gradueel toenemende verantwoordelijkheid te geven tijdens hun stage. Studenten leren het best als hun opdrachten net iets buiten hun comfortzone liggen (9). De verantwoordelijkheid moet

worden opgebouwd tot men op het einde van het stagejaar ongeveer evenveel verantwoordelijkheid heeft als een beginnende HAIO (6). Het is dus belangrijk dat de stagiair actief kan meebeslissen in het beleid (7). Men kan zich beter voorbereiden op het multidisciplinair werken en het teamwork door dit niet enkel te observeren tijdens de stage, maar hier ook actief aan deel te nemen.

Naast goede voorbereidende stages is een goede steun en coaching van de HAIO nodig. De coach geeft het best duidelijk aan wat van de HAIO verwacht wordt en kan de HAIO leren omgaan met onzekerheid en veranderingen. Dit door een gestructureerde leeromgeving te scheppen zodat de HAIO ziet dat hij vooruitgaat in zijn professionele ontwikkeling en zodat de HAIO zelf proactiever wordt in het aanpakken van zorgen rond zijn professionele verwachtingen (4). De student of HAIO leren om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen leerproces en leren leermogelijkheden herkennen is dus een manier om de transitie vlotter te laten verlopen (10). Een transitie hoeft dus zeker geen negatief begrip te zijn. Het is een periode waarin men snel strategieën ontwikkelt om om te gaan met de dagdagelijkse klinische praktijk. De HAIO ontwikkelt een professionele verantwoordelijkheid in de relatie met de patiënt (11).

Om de Vlaamse HAIO's optimaal te kunnen begeleiden zou het interessant zijn hun transitieproces in beeld te brengen. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe studenten en beginnende HAIO's op verschillende momenten van de transitie omgaan met complexe huisartsentaken. Er werd gekozen om de begeleiding van een palliatieve patiënt als 'testcase' te nemen. Dit domein van de huisartsgeneeskunde biedt heel wat uitdagingen voor een beginnende arts. Er komen heel wat complexe problemen aan bod en dit vereist de integratie van voldoende kennis, vaardigheden en attitudes. Enerzijds is er een grondige theoretische basis nodig: pijnbestrijding, aanpak van neuropsychologische symptomen, aanpak van bijkomende klachten zoals dyspnoe, constipatie… Daarnaast vergt het begeleiden van een palliatieve patiënt veel communicatieve vaardigheden. Er komen ethische en legale vragen aan bod. De huisarts biedt organisatorische en administratieve ondersteuning. Tenslotte moet er worden samengewerkt met diverse partijen: de patiënt, de familie, verschillende zorgverleners…

In het bijzonder wordt een antwoord gezocht op volgende vraag:

- Hoe evolueert de zelfzekerheid van de student huisartsgeneeskunde bij de medische, communicatieve en multidisciplinaire aanpak van een palliatieve patiënt doorheen het transitieproces van student naar HAIO?

METHODE

In deze studie werd gekozen voor een *mixed method design*, meer bepaald de *sequential exploratory* strategie: er werd eerst een kwantitatieve datacollectie en analyse uitgevoerd en daarna een kwalitatieve datacollectie en analyse.

Kwantitatieve studie

1. Design

Om het transitieproces in de palliatieve zorg bij studenten huisartsgeneeskunde kwantitatief in beeld te brengen werd een prospectieve observationele cohortstudie uitgevoerd. Een cohort studenten werd gevolgd gedurende negen maanden, van het begin van het tweede trimester van het zevende jaar tot het einde van het eerste trimester van het achtste jaar. Observaties werden gemaakt door middel van metingen van zelfzekerheid. Vragenlijsten werden afgenomen bij studenten huisartsgeneeskunde voor een tweedaagse opleiding rond palliatieve zorg (meetmoment 1), kort na deze opleiding (meetmoment 2), tijdens de vijfde week als HAIO (meetmoment 3) en tijdens de zeventiende week als HAIO (meetmoment 4).

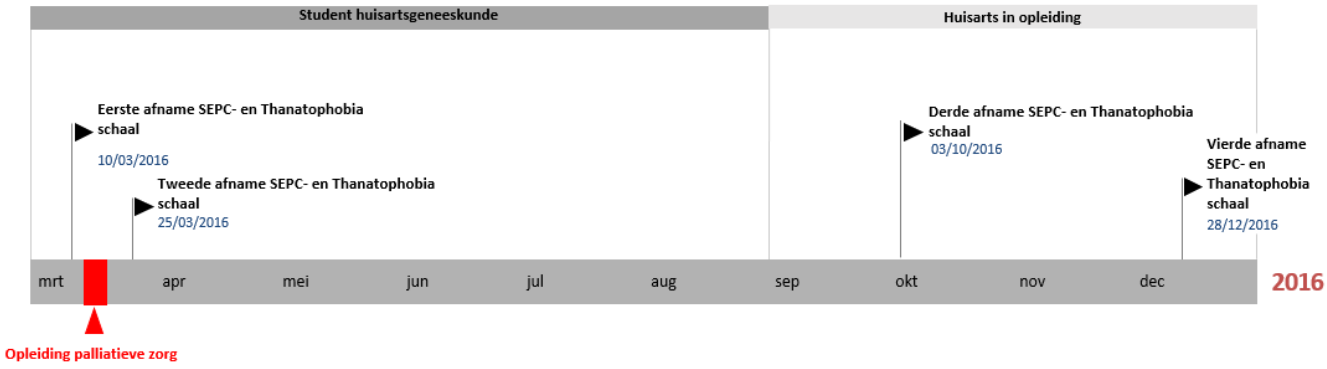


Fig. 1: Tijdsverloop kwantitatieve studie

2. Deelnemers en rekrutering

De deelnemers van deze studie waren de studenten uit het zevende jaar geneeskunde die kozen voor de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Zij werden via het digitaal platform van de KU Leuven (Toledo) gevraagd om een websurvey met de twee vragenlijsten in te vullen de week voor de tweedaagse opleiding palliatieve zorg en de week na deze opleiding. Daarna werden zij nog twee maal gecontacteerd via e-mail met de vraag om deze vragenlijst in te vullen tijdens de vijfde en zeventiende week als HAIO. Naast de vragenlijsten, bevroeg de websurvey ook de naam, het geslacht en het e-mailadres van de deelnemers, zodat de evolutie ook individueel kon worden vergeleken. Een vertrouwelijke verwerking van de gegevens werd de deelnemers gegarandeerd. Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven.

3. Vragenlijsten

Er werden twee vragenlijsten gebruikt: de *Self-efficacy in Palliative Care Scale* (SEPC-schaal) en de *Thanatophobia Scale* (12). De SEPC-schaal peilt naar de angst en het vertrouwen van de student/arts in hun capaciteiten met betrekking tot de medische, communicatieve, psychologische, sociale, spirituele en multidisciplinaire begeleiding van de palliatieve patiënt (bijlage 1A en 1B). Deze schaal werd oorspronkelijk ontworpen door Barrington en Murrie met als doel het evalueren van een palliatief, educatief programma voor geneeskunde studenten (13). Mason en Ellershaw pasten deze schaal aan, zodat deze zich toespitste op de drie deeldomeinen: communicatie, patiënt management en multidisciplinaire samenwerking (12). Bij de deeldomeinen communicatie en patiënt management wordt de zelfzekerheid bevraagd aan de hand van acht stellingen en bij het deeldomein multidisciplinaire samenwerking aan de hand van zeven stellingen. Bij elke stelling konden de deelnemers hun zelfzekerheid scoren van één t.e.m. tien: van één overeenstemmend met "zeer angstig", tot tien overeenstemmend met "zeer zelfverzekerd". Aangezien Mason en Ellershaw de betrouwbaarheid en de validiteit van deze schaal nagingen op subschaalniveau, werd in deze studie enkel met de resultaten op subschaalniveau (communicatie, patiënt management en multidisciplinaire samenwerking) verder gewerkt.

De Thanatophobia schaal bevraagt de attitude t.o.v. palliatieve zorg (bijlage 2A en 2B). Deze schaal werd ontworpen en gevalideerd door Merrill et al. (14). Bij deze vragenlijst worden zeven stellingen gegeven i.v.m. palliatieve zorg en het omgaan met de dood. De deelnemers werden gevraagd een score te geven van één t.e.m. zeven: één staat voor helemaal niet akkoord en zeven voor helemaal akkoord. Deze vragenlijst werd ook gevalideerd en betrouwbaar geacht door Mason en Ellershaw op subschaalniveau.

Beide vragenlijsten werden vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands via een *forward-backward translation*.

4. Analyse

Tijdens de statistische analyse werden de responses op subschaalniveau op de vier meetmomenten vergeleken. Aangezien het aantal respondenten op de vier momenten sterk verschilde, werd gekozen voor een *independent sample test*. Er werd een *Levene's test* uitgevoerd om de gelijkheid van varianties na te gaan. Daarna werd een T-test uitgevoerd. Om het risico op kanskapitalisatie te verkleinen, werd daarna nog een *Bonferroni* correctie op de gegevens toegepast. Een verschil tussen twee meetmomenten werd als significant beschouwd als de p-waarde kleiner was dan 0,05.

Om na te gaan of er voldoende correlatie was tussen de verschillende vragen per subschaal, werd voor elke subschaal een Crohnbach's alpha berekend. Voor de analyse van de statistische gegevens werd gebruik gemaakt van het programma SPSS.

Kwalitatieve studie

1. Design

Tijdens het tweede deel van de studie werd op een kwalitatieve manier een antwoord gezocht op de vraag hoe de zelfzekerheid van studenten huisartsgeneeskunde evolueert bij de aanpak van een palliatieve patiënt doorheen het transitieproces. Met behulp van semigestructureerde interviews bij huisartsen in opleiding werd gepeild naar hoe zij de eerste contacten met een palliatieve patiënt ervaarden.

2. Deelnemers

De deelnemers van deze studie waren huisartsen in opleiding die net hun eerste jaar hadden beëindigd. Voorwaarde om deel te nemen aan het interview was dat zij reeds een palliatieve patiënt begeleid hadden tijdens hun eerste jaar als huisarts. De deelnemers werden uitgenodigd via e-mail. Via *purposive sampling* werd getracht een studiepopulatie te creëren die varieerde in geslacht, regio (stedelijk of platteland) en type praktijk (HAIO bij een solo-arts, duopraktijk of groepspraktijk). Er werd de deelnemers gegarandeerd dat de gegevens vertrouwelijk zouden verwerkt worden. Deze studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven.

3. Interviews

Er werden zeven interviews uitgevoerd door de eerste auteur en opgenomen op tape. Het interview was gebaseerd op een topic lijst met twaalf open vragen (bijlage 3). Deze vragen waren bedoeld om het gesprek op gang te brengen. Door extra vragen van de interviewer werden de deelnemers aangezet om dieper op het onderwerp in te gaan. De interviewer gebruikte ook een uitgebreidere lijst met onderwerpen zodat alle nodige onderwerpen aan bod kwamen. De vragen uit het interview werden gebaseerd op de literatuur over transities en op de ervaring van de onderzoekers. De vragen werden vooraf gevalideerd door een educatief expert en een expert in palliatieve zorg.

Er werd een test-interview uitgevoerd. Dit werd achteraf bekeken door twee onafhankelijke onderzoekers. De problemen werden besproken en er werd een aangepaste versie van het interview opgesteld.

4. Analyse

De opgenomen interviews werden verbatim uitgeschreven. Voor de analyse van de interviews werd gebruik gemaakt van de QUAGOL *(Qualitative Analysis Guide of Leuven)* (15). Aan de hand van tien stappen werd een systematische, doch niet rigide, analyse van de interviews uitgevoerd. Eerst werden de interviews grondig nagelezen. Daarna werd per interview een kort abstract gemaakt. Vervolgens werd het narratieve interview omgezet naar relevante concepten. Deze concepten werden in een schematisch overzicht gegoten. In de vierde stap werd nagegaan of de bekomen concepten overeenkwamen met de onderzoeksvragen, of er geen belangrijke concepten werden gemist en of de concepten van het schema aan de interviewdata konden worden terug gelinkt. Vervolgens werden de conceptuele schema's verder verfijnd door het vergelijken tussen verschillende interview schema's en data. Vervolgens werden de interviews opnieuw gelezen, elke relevante passage werd opnieuw aan een van de concepten gelinkt. Daarna werden alle citaten gelinkt aan één concept geanalyseerd. Hieruit werd de essentiële verhaallijn afgelijnd. Tenslotte werden de bevindingen systematisch herschreven als een antwoord op de onderzoeksvragen.

RESULTATEN

Kwantitatieve studie

1. Respons

In tabel 1 wordt de respons bij de verschillende metingen weergegeven. Er was een daling in het aantal respondenten van 131 bij de eerste meting naar 26 bij de laatste meting. Er waren 20 studenten die de vragenlijst 4 keer volledig invulden.

Meetmoment	Tijdstip	Responses (volledig ingevuld)
1	Voor de lessen palliatieve zorg	131
2	Kort na de lessen palliatieve zorg	66
3	Week 5 als HAIO	28
4	Week 17 als HAIO	26

Tabel 1: 4 meetmomenten van de kwalitatieve studie met tijdstip van afname en het aantal volledige responses

2. Communicatie

De zelfzekerheid rond communicatie nam significant toe tussen het meetmoment voor de lessen palliatieve zorg en de drie andere meetmomenten na deze lessen. Tussen deze drie andere meetmomenten na de lessen werden geen significante verschillen vastgesteld (zie tabel 3). De Crohnbach's alpha voor het subniveau communicatie bedraagt 0,916. Dit wil zeggen dat er een zeer goede correlatie is tussen de verschillende vragen over communicatie. Deze schaal mag als betrouwbaar beschouwd worden.

Meetmoment	Deelnemers	Gemiddelde score op 80	Standaarddeviatie
1	133	43,26	9,58
2	67	49,08	9,41
3	29	49,82	10,96
4	29	52,27	9,62

Tabel 2: 4 meetmomenten met het aantal volledige responses en de som van de gemiddelde scores voor de 8 vragen. Gezien er 8 vragen waren en de hoogst mogelijke score per vraag 10 was, kon er dus maximaal 80 gescoord worden.

Meetmoment (A)	Meetmoment (B)	Verschil (gemiddelde A - gemiddelde B)	St. Error	Sig.
1	2	-5,83	1,45	**0,000**
1	3	-6,56	1,99	**0,007**
1	4	-9,91	1,99	**0,000**
2	3	-0,74	2,16	1,000
2	4	-4,08	2,16	0,357
3	4	-3,34	2,55	1,000

Tabel 3: In bovenstaande tabel worden telkens de gemiddelde scores voor communicatie vergeleken tussen 2 meetmomenten (A en B). In de derde kolom wordt het verschil in gemiddelde score op 80 weergegeven tussen moment A en B. In de vierde en vijfde kolom worden de standaardfouten en significantieniveaus weergegeven na Bonferroni correctie. Bij een significantieniveau kleiner dan 0,05 kunnen we besluiten dat er een significant verschil is in communicatiescore tussen de 2 meetmomenten. De significante verschillen werden in het vet aangeduid.

3. Patiënt management

Er werd een significante toename in zelfzekerheid rond patiënt management waargenomen tussen het meetmoment kort voor en kort na de lessen palliatieve zorg. Er werd geen significante toename gezien tussen de drie meetmomenten na de lessen (zie tabel 5). De Crohnbach's alpha voor de subschaal patiënt management bedraagt 0,923, dit wil zeggen dat er ook hier een goede correlatie is tussen de vragen van deze subschaal. Deze subschaal mag als betrouwbaar beschouwd worden.

Meetmoment	Deelnemers	Gemiddelde score op 80	Standaarddeviatie
1	131	40,53	9,41
2	67	49,07	9,69
3	28	44,46	9,71
4	26	45,65	10,52

Tabel 4: 4 meetmomenten met het aantal volledige responses en de som van de gemiddelde scores voor de 8 vragen. Gezien er 8 vragen waren en de hoogst mogelijke score per vraag 10 was kon er dus maximaal 80 gescoord worden.

Meetmoment A	Meetmoment B	Verschil (gemiddelde A - gemiddelde B)	St. Error	Sig.
1	2	-8,54	1,45	**0,000**
1	3	-3,93	2,01	0,307
1	4	-5,12	2,07	0,084
2	3	4,61	2,17	0,207
2	4	3,42	2,23	0,754
3	4	1,19	2,63	1,000

Tabel 5: In bovenstaande tabel worden telkens de gemiddelde scores voor patiënt management vergeleken tussen 2 meetmomenten (A en B). In de derde kolom wordt het verschil in gemiddelde score op 80 weergegeven tussen moment A en B. In de vierde en vijfde kolom worden de standaardfouten en significantieniveaus weergegeven na Bonferroni correctie. Bij een significantieniveau kleiner dan 0,05 kunnen we besluiten dat er een significant verschil is in score voor patiëntmanagement tussen de 2 meetmomenten. De significante verschillen werden in het vet aangeduid.

4. Multidisciplinaire samenwerking

Bij de evaluatie van de zelfzekerheid rond multidisciplinaire samenwerking wordt een significante toename gezien tussen het moment kort voor en kort na de lessen palliatieve zorg. Tijdens de drie metingen na de lessen wordt geen verdere significante toename in zelfzekerheid gezien (zie tabel 7). De Crohbach's alpha voor de subschaal bedraagt 0,936. Deze subschaal mag dus ook als betrouwbaar beschouwd worden.

Meetmoment	Deelnemers	Gemiddelde score op 70	Standaarddeviatie
1	141	36,67	9,48
2	66	43,39	8,79
3	30	36,43	10,13
4	29	39,66	9,40

Tabel 6: 4 meetmomenten met het aantal volledige responses en de som van de gemiddelde scores voor de 7 vragen. Gezien er 7 vragen waren en de hoogst mogelijke score per vraag 10 was kon er dus maximaal 70 gescoord worden.

Meetmoment A	Meetmoment B	Verschil (gemiddelde A - gemiddelde B)	St. Error	Sig.
1	2	-6,72	1,40	**0,000**
1	3	0,24	1,89	1,000
1	4	-2,98	1,91	0,721
2	3	6,96	2,06	0,005
2	4	3,73	2,09	0,448
3	4	-3,22	2,44	1,000

Tabel 7: In bovenstaande tabel worden telkens de gemiddelde scores voor multidisciplinaire samenwerking vergeleken tussen 2 meetmomenten (A en B). In de derde kolom wordt het verschil in gemiddelde score op 70 weergegeven tussen moment A en B. In de vierde en vijfde kolom worden de standaardfouten en significantieniveaus weergegeven na Bonferroni correctie. Bij een significantieniveau kleiner dan 0,05 kunnen we besluiten dat er een significant verschil is in score voor multidisciplinaire samenwerking tussen de 2 meetmomenten. De significante verschillen werden in het vet aangeduid.

5. Thanatophobia schaal

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de vier afnamemomenten van de Thanatophobia schaal (zie tabel 9). De Crohnbach's alpha voor de Thanatophobia schaal is 0,818. De items van deze vragenlijst correleren dus ook goed met elkaar en deze vragenlijst mag dus ook als betrouwbaar beschouwd worden.

Meetmoment	Deelnemers	Gemiddelde score op 70	Standaarddeviatie
1	141	20,43	6,43
2	67	19,40	5,49
3	30	18,53	5,03
4	29	18,31	5,89

Tabel 8: 4 meetmomenten met het aantal volledige responses en de som van de gemiddelde scores voor de 7 stellingen. Gezien er 7 stellingen waren en de hoogst mogelijke score per stelling 7 was kon er dus maximaal 49 gescoord worden.

Meetmoment A	Meetmoment B	Verschil (gemiddelde A - gemiddelde B)	St. Error	Sig.
1	2	1,03	0,89	1,000
1	3	1,9	1,21	0,702
1	4	2,12	1,22	0,506
2	3	0,87	1,32	1,000
2	4	1,09	1,34	1,000
3	4	0,22	1,56	1,000

Tabel 9: In bovenstaande tabel worden telkens de gemiddelde scores voor de Thanatophobia schaal vergeleken tussen 2 meetmomenten (A en B). In de derde kolom wordt het verschil in gemiddelde score op 49 weergegeven tussen moment A en B. In de vierde en vijfde kolom worden de standaardfouten en significantieniveaus weergegeven na Bonferroni correctie. Bij een significantieniveau kleiner dan 0,05 kunnen we besluiten dat er een significant verschil is in score voor de Thanatophobia schaal tussen 2 meetmomenten. Dit was niet het geval.

Kwalitatieve studie

1. Kenmerken deelnemers

Er werden zeven HAIO's geïnterviewd aan het begin van hun tweede jaar als HAIO. In tabel 11 worden de kenmerken van de deelnemers weergegeven.

HAIO nummer	Leeftijd	Geslacht	Type praktijk	Gemiddeld aantal patiënten per dag	Aantal palliatieve begeleidingen (alleen of samen met PO)
1	26	Vrouw	Duopraktijk, stedelijk	22	4
2	26	Vrouw	Duopraktijk, landelijk	20	4
3	26	Vrouw	Duopraktijk, landelijk	15	4
4	26	Vrouw	Groepspraktijk, landelijk	15	1
5	26	Man	Duopraktijk, stedelijk	20	1
6	26	Vrouw	Groepspraktijk, landelijk	25	3
7	26	Man	Groepspraktijk, landelijk	15-20	4-5

Tabel 11: Gegevens van geïnterviewde HAIO's

2. Medisch

Alle geïnterviewde HAIO's ervaarden, zeker bij de allereerste contacten, onzekerheid i.v.m. medicatie. Zij hadden nog maar weinig ervaring met het gebruik van deze specifieke, palliatieve medicatie en ervaarden veel twijfels. Ze waren onzeker wanneer zij welke medicatie moesten opstarten en aan welke dosis. Ze hadden soms schrik voor de effecten van de medicatie. Meerdere HAIO's ervaarden onzekerheid bij het opstellen van hun eerste staand order. Ook het stopzetten van medicatie of het al dan niet nog opstarten van antibiotica zorgde voor onzekerheid.

- *HAIO 4: "Maar qua medicatie: Wat start ik op? Hoeveel mag ik geven? Daar was ik heel onzeker over en durfde ik eigenlijk niet veel doen." "Als ik Dormicum of Haldol zou geven, wat het effect zou zijn, daar was ik heel onzeker over. "*

Uit de interviews blijkt duidelijk dat de HAIO's veel waarde hechten aan concrete en praktische informatie binnen handbereik. Wanneer zij onzekerheid ervaarden rond medicatie of de aanpak van bepaalde problemen bij palliatieve patiënten gingen zij vaak zelf informatie opzoeken. Drie informatiebronnen die meermaals vermeld werden door de HAIO's zijn: het zakboekje "Palliatieve zorg in de praktijk", de website www.pallialine.be en de powerpointpresentaties van de lessen palliatieve zorg. Het besef dat er bij twijfel betrouwbare bronnen beschikbaar waren, gaf de HAIO's een toename in zelfzekerheid.

- *HAIO 1: over toename in zelfzekerheid: "Dat is iets keistom, maar dat zakboekje over palliatieve. Ik heb dat helemaal nagelezen, en nu weet ik gewoon als er iets is dat ik niet weet, daar staan echt alle dosissen perfect in. Dus dat is eigenlijk een beetje mijn bijbel. En de lessen heb ik ook nog eens nagelezen."*

De HAIO's hadden de indruk dat zij zich al iets zekerder voelden rond het werken met palliatieve medicatie, na het begeleiden van één of meerdere palliatieve patiënten. Ze hadden minder schrik om bepaalde medicatie op te starten en waren al meer vertrouwd met de effecten van de medicatie.

- *HAIO 1: "Dat je veel sneller die medicatie opstart. Dus vroeger zou ik die medicatie van palliatieve aan een halve dosis opstarten, omdat je denkt van oei, ik ga misschien overdoseren. Maar nu heb je zo sneller van: de patiënt moet comfortabel zijn, we starten dat gewoon op."*

Naast de onzekerheid rond medicatie ervaarden de HAIO's nog andere onzekerheden op medisch vlak: bijvoorbeeld de aanpak van complexe medische problemen. Onder complexe medische problemen verstaan HAIO's bijvoorbeeld de behandeling van onrust of de behandeling van een misselijkheid die moeilijk onder controle te krijgen is. De HAIO's gaven in de interviews aan dat zij hier nog maar weinig in gegroeid zijn.

Ook de aanpak van de terminale fase, palliatieve sedatie en euthanasie blijven een grote uitdaging. Zelfs na meerdere palliatieve begeleidingen voelden HAIO's zich hier nog onzeker over. De HAIO's die al een euthanasie hadden geobserveerd, vonden dit een bijzondere en leerrijke ervaring. Maar zij voelden zich er nog niet klaar voor om dit zelf te doen.

- *HAIO 1: "Ik merk puur klinisch dat ik beter zie als iemand gaat dood gaan."*
- *HAIO 2: "Ik moet nog altijd toegeven dat als de terminale fase nabij komt en dat je moet beginnen pijnstilling op te drijven en dormicum… dan voel ik mij nog heel onzeker. Dat zou ik niet nu al helemaal alleen kunnen"*

3. Communicatie

Uit de meeste interviews blijkt dat de HAIO's vanaf het begin al een zeker niveau van zelfzekerheid rond communicatie hadden. Vier van de zeven HAIO's vermelden dat ze vanaf het begin weinig problemen hadden met het communiceren met de patiënt en de familie. Na het begeleiden van één of meerdere palliatieve patiënten zagen de meeste HAIO's een positieve evolutie in hun communicatieve vaardigheden. De HAIO's zagen verschillende redenen voor deze positieve evolutie: ze waren het al wat gewoon geworden om met een palliatieve patiënt te communiceren, ze durfden bijvoorbeeld al meer het sterven te benoemen. Ook hadden ze het gevoel dat ze door de opgebouwde ervaring reeds meer uitleg konden geven over het verdere verloop.

- *HAIO 5: "Bij die man ging dat eigenlijk goed, het communicatieve. Ik had niet echt moeite met de zaken en de communicatie. Dat verliep heel open, dus dat ging goed."*
- *HAIO 4: over evolutie op vlak communicatie: "Ja, dat zeker wel. Omdat ik voordien zo wat zou gehad hebben van: wie ben ik om hier iets over te zeggen, als snotneus of beginnend arts? Terwijl ik nu wel zo iets heb van, kijk ik weet hoe ik hier nu communicatief moet mee omgaan en wat ik moet doen. En ik durf ook echt de dingen benoemen hoe ze zijn. Terwijl ik vroeger er misschien meer rond ging gepalaverd hebben, en niet durven zeggen waar het op stond." "Nu durf ik echt zeggen 'ge zult sterven en we zullen zorgen dat ge op een waardige manier kunt sterven."*

Enkele HAIO's ondervonden echter communicatieve problemen of uitdagingen. Het was bijvoorbeeld soms een uitdaging om de familie te laten inzien dat de patiënt niet langer curatief kon behandeld worden, maar dat een palliatieve behandeling meer aangewezen was. Enkele conflictsituaties kwamen voor. Enerzijds was er bij één HAIO een conflict tussen de HAIO en de familie van de patiënt. Dit conflict ontstond omdat een familielid eiste dat de HAIO een hogere dosis morfine toediende, terwijl de HAIO hier helemaal niet akkoord mee was. Anderzijds waren er soms conflicten binnen de familie van de palliatieve patiënt. Dan moest de HAIO als bemiddelaar optreden en dit vonden de HAIO's een

moeilijke rol. Uit de interviews blijkt ook dat HAIO's bewust bezig zijn met hoe ze overkomen naar de patiënt. Ze probeerden niet onzeker over te komen naar de patiënt of de familie toe: bijvoorbeeld door niet te telefoneren naar hun praktijkopleider in het bijzijn van de patiënt.

- *HAIO 3: conflict met dochter van patiënt: "Daar heb ik kordaat op gereageerd en dat heeft zij niet in dank afgenomen. Dus dat veranderde in een soort van conflictsituatie. Ik vermoed door miscommunicatie."*
- *HAIO 6: "Dat je zo niet nog bij de patiënt moet bellen. Dat kan dan misschien overkomen dat je zelf niet weet wat je aan het doen bent."*

HAIO's merkten dat luisteren naar de patiënt, het begin is van goede communicatie. Spiritualiteit werd maar door één HAIO echt letterlijk aangehaald. Deze HAIO vroeg bijvoorbeeld of de patiënt graag nog met een priester sprak. Maar bij alle HAIO's blijkt uit de interviews dat zij hier wel mee bezig waren. Ze probeerden echt tijd te nemen voor hun patiënten en gesprekken aan te knopen over het sterven en wat dit betekent voor de patiënt.

- *HAIO 7: "En toen heb ik gemerkt dat zij daar veel aan gehad heeft, dat ik daar gewoon zat te luisteren."*
- *HAIO 1: "Bijvoorbeeld, wat ik altijd doe, in het verloop van het proces vraag ik toch altijd van: wilt ge nog een priester ofzo? Terwijl ik daar anders nooit zou aan gedacht hebben, ondanks dat ik dat altijd nog wat een rare vraag vind, vraag ik dat wel… Dus dat spirituele heb ik wel meegenomen, ik zou er niet te ver in gaan persoonlijk, maar als de mensen willen praten over de dood dan doe ik dat, ik doe dat echt op de maat van de patiënt. "*

4. Organisatie

Drie HAIO's haalden onzekerheid aan rond organisatorische zaken. Zij hadden het gevoel te weinig kennis te hebben rond de administratieve documenten. Welke documenten moeten zeker ingevuld worden? Welke documenten kunnen ingevuld worden om ondersteuning te bieden aan de palliatieve patiënt en zijn familie? De HAIO's vermeldden ook onzekerheid rond het inschakelen van ondersteunende organisaties. Wat zijn de mogelijkheden? Wanneer schakel ik bijvoorbeeld een palliatief support team in? Eén HAIO zag hier een leerproces in, de tweede HAIO bleef hier onzeker over en de derde HAIO vermeldde geen evolutie.

- *HAIO 5: "Ik vond het vooral moeilijk. Wat kan je allemaal daar voor doen? Ook al die documentatie daar rond, palliatief verlof, dan dat je 2 maanden een tegemoetkoming kan krijgen, hoe werkt alles?"*

5. Multidisciplinaire samenwerking

Uit de interviews blijkt dat de HAIO's weinig problemen of onzekerheid ervaarden rond multidisciplinaire samenwerking. Alle HAIO's die reeds samenwerkten met een palliatief support team waren hier zeer positief over. Het gaf hen vertrouwen dat ze, op elk moment, op dit team konden terugvallen voor praktische en informatieve ondersteuning.

- *HAIO 4: "Ja, in verband met Panal: Dat dit een heel goede organisatie is, waar je als huisarts echt kunt op vertrouwen. En dat je hier als huisarts echt kunt op rekenen en steunen. Ze zijn ook heel informatief en ook naar de patiënten heel goed. Mijn ervaring daarmee is dat dit voor patiënten een enorme steun is. En voor artsen ook. Want ze hebben heel veel expertise en je kunt er echt op steunen. En dat zorgt er voor dat je daar wat geruster kunt in zijn. Dat je die mensen kunt contacteren daarvoor."*

Naast het palliatief support team werd voornamelijk met verpleegkundigen samengewerkt. Bij de meeste HAIO's verliep deze samenwerking vlot. Meestal was er een goede communicatie met de verpleegkundigen: mondeling, telefonisch of via een communicatieschriftje. Enkele HAIO's beschreven de hulp van verpleegkundigen zelfs als ondersteunend. Zij vonden het een hulp als de verpleging bijvoorbeeld aangaf dat op dat moment bepaalde medicatie kon aangewezen zijn. Eén HAIO ondervond communicatieve problemen met verpleegkundigen in het rusthuis, zij merkte dat haar orders niet goed werden doorgebriefd naar de andere verpleegkundigen. Tenslotte vermeldde één HAIO ook nog een ondersteunende rol van de CRA-arts.

- *HAIO 3: "Dus ik heb heel veel ondersteuning gehad van de verpleging. Die zei mij ook van kijk, misschien is het nu tijd om dit te doen en nu tijd om dat te doen."*

6. Begeleiding door de praktijkopleider (PO)

Vijf van de zeven HAIO's voelden zich, over het algemeen, goed begeleid door hun PO. Uiteenlopende elementen werden door de HAIO's aangehaald als kenmerken van een goede begeleiding. Ten eerste moest de PO bereikbaar zijn: meestal volstaat telefonisch bereikbaar zijn, maar bij ernstige problemen hadden de HAIO's graag dat de PO ook langsgaat bij de patiënt. Er moest regelmatig overleg mogelijk zijn: enerzijds over de palliatieve patiënt, maar anderzijds ook over hoe de HAIO zich voelde bij het begeleiden van deze patiënt. Daarnaast vonden de HAIO's dat de PO's zelf voldoende kennis en ervaring met palliatieve zorg nodig hadden, zodat de PO's goede adviezen konden geven. Tenslotte werd gezien dat HAIO's in het begin een vrij intense begeleiding wensten van hun PO, zeker bij de allereerste contacten kregen de HAIO's graag concrete instructies. Maar er werd ook gezien dat als de HAIO al wat meer ervaren was in het begeleiden van palliatieve patiënten, dat hij of zij het ook apprecieerden dat de PO hen voldoende ruimte gaf en vertrouwde om zelf een eigen aanpak te vormen. De HAIO had in dit stadium dan ook minder bevestiging of advies nodig van de PO.

- *HAIO 4: Dus je voelde jou goed begeleid? "Ja" Waren er zaken waarin ze u beter had kunnen begeleiden? "Eigenlijk niet. Want zij is dan ook Leifarts en ze weet daar eigenlijk heel veel over. En ze heeft dat ook al heel veel gedaan. Nee eigenlijk niet. Ik vond het eigenlijk wel goed dat ze mij daar wat in losgelaten heeft… Het is wel plezant dat ge weet dat uw PO u daar in vertrouwt."*
- *HAIO 5: "Mijn PO heeft dat goed gedaan. Geen problemen mee gehad… Als er problemen waren dan kwam hij af, als er iets was dat ik niet wist, mocht ik hem altijd bellen." "Alle vragen kwamen eigenlijk vanuit mij. De vraag kwam actief van mij en hij heeft altijd goed geantwoord. Maar het was niet zo dat de PO zei: "Kijk dit is je eerste palliatieve patiënt, we gaan eens overlopen voor je gaat…". Daarom dat ik ook gebeld heb met het palliatief support team voor wat extra ondersteuning. Hoe pak ik het eerste consultatie aan? Dus het was de eerste keer dat ik moest gaan tijdens de huisbezoeken, dus we hadden niet echt tijd om eens samen te zitten en te overlopen wat ik moest doen."*

Twee van de zeven HAIO's hadden op verschillende momenten ondersteuning van de PO gemist, zowel medisch als empathisch. Zij zochten ondersteuning bij andere personen: bv. het palliatief support team of een andere collega in de praktijk.

- *HAIO 6: "En dan was er ook wat discussie met mijn PO, die dat dan niet wou doen. En ik had dan gevraagd om ook eens bij die mensen langs te gaan, maar dan is dat uiteindelijk niet gelukt. En dan begin je terug een beetje onzekerder te worden. Wat ga ik nu doen?"*
- *HAIO 1: "Mijn PO had dat wel niet echt door. Die wist ook niet echt wat ik daar eigenlijk allemaal voor deed." "Ja, ik heb vooral gemist dat hij door had dat dat wel moeilijk was voor mij. " "En ik miste vooral steun, dat hij eens zij van: " goed gedaan". En ook puur medisch, dat hij mij wat ondersteunde. Maar ik denk dat mijn PO zelf niet zoveel ervaring had met palliatieve situaties."*

Twee van de zeven HAIO's waren over het algemeen wel goed ondersteund door de PO, maar er was een meningsverschil. Bij de ene HAIO ging dit meningsverschil over het verschil in visie op de aanpak van de palliatieve patiënt. Bij de andere HAIO was de PO ontgoocheld dat de HAIO een probleem niet direct had gemeld.

- *HAIO 2: " Maar bij deze casus merkte ik dat we niet steeds op dezelfde golflengte zaten."…"Maar je moet dan toch bellen met je PO en dan hoop je zo een beetje dat hij hetzelfde vindt."*
- *HAIO 3: "Dus die was daar dan wel teleurgesteld in, als er zoiets gebeurt, als jij een conflict hebt dan moet je dat wel heel snel zeggen."*

7. Voorbereidende lessen en stages

De menigen van de HAIO's over het nut van de lessen waren uiteenlopend. Sommige HAIO's gaven aan dat ze weinig meegenomen hadden uit de lessen. Andere studenten haalden wel een aantal aspecten aan uit de lessen die zijn blijven hangen: bijvoorbeeld het correct toedienen van morfine, aandacht voor spirituele zorg… Wat de HAIO's goed vonden aan de lessen is dat de verschillende aspecten van palliatieve zorg aangehaald werden, dat ze er al eens van gehoord hadden. Ze vonden het ook goed dat ze wisten waar ze verdere informatie konden opzoeken. Voor de meeste HAIO's mochten de lessen nog praktischer. Het toepassen van de leerstof in de praktijk bleef moeilijk. De HAIO's ervaarden de stap van de lessen naar de praktijk als zeer groot.

- *HAIO 7: "Dat was goed. Daar heb ik voor het eerst gehoord over een palliatief support team, dat je een subcutane spuitaandrijver hebt, wat zijn een beetje alle opties voor palliatief verlof, al die zaken. Maar het waren allemaal zaken, hoe hebben ze mij voorbereid: door te weten dat het bestaat. Maar hoe het praktisch is, hoe je het allemaal moet toepassen, dat was moeilijk. Het nut van de lessen was vooral dat je van alles al eens gehoord hebt en er zo dan bij kan over op zoeken."*

De meningen over het nut van stages in het leerproces waren uiteenlopend en deze leken vooral bepaald door het type van stage. Een stage op een palliatieve eenheid werd als leerrijk ervaren: de HAIO leerde communiceren met palliatieve patiënten en scherpte de theoretische kennis rond medicatie aan. Maar de HAIO bleef echter vooral observeren, dus het bleef toch nog een grote stap naar het zelf behandelen van een palliatieve patiënt. Tijdens andere ziekenhuisstages waren er maar sporadisch contacten met palliatieve patiënten. Ook hier hadden de studenten geen verantwoordelijkheden en bleef het vooral bij observeren. Meerdere HAIO's haalden negatieve ervaringen aan i.v.m. palliatieve zorg tijdens deze stages: zij vonden de aanpak niet hoe het zou moeten.

- *HAIO 6: "Ik heb tijdens mijn ziekenhuisstages wel een aantal palliatieve patiënten gehad, maar geen enkele patiënt waar langdurige begeleiding bij geweest is." "Het was meer volgen en kijken dan zelf iets doen."*
- *HAIO 2: "Maar ik heb ook wel een stage palliatieve gedaan in het zevende jaar en daar heb ik ook wel heel veel geleerd. Op zich was dat ook wel heel veel communicatie en dat was niet altijd… Dat brengt u altijd wel iets bij, maar zo 3 weken lang was misschien nu niet zo… Maar naar medicatie toe toch wel. Er zijn nu wel dingen die ik mijn PO kan bijbrengen." "Beslissingen nemen of medicatie starten heb ik daar in de verste verte niet gedaan. Dat heb ik vooral geobserveerd." "Ik leerde bij op vlak van communicatie, maar ook op vlak van medicatie hoor. Maar gewoon, dat is meer theoretische kennis die je dan opdoet. Maar het zo echt starten van medicatie, dat bleef nog wel een stap om het zelf voor te schrijven."*

8. Algemene evolutie in zelfzekerheid, verantwoordelijkheid en strategieën

Alle HAIO's voelden zich onzeker bij de allereerste contacten met palliatieve patiënten. Zij beschrijven deze eerste contacten als stresserend, raar, speciaal en onwennig. De HAIO's merkten een toename in zelfzekerheid naarmate ze meer ervaring opdeden met het begeleiden van palliatieve patiënten. Eén HAIO haalde ook aan dat wanneer zij meer zelfzeker werd in één aspect van de palliatieve zorg, dat zij hierdoor ook meer zelfzeker werd in andere aspecten. Zij vond bijvoorbeeld dat doordat ze meer medische kennis had opgedaan, zij ook beter kon communiceren en uitleg geven aan de patiënt. De meeste HAIO's vertelden ook dat een goed verloop van de begeleiding van de palliatieve patiënt hen vertrouwen gaf. Achteraf bekeken, beschouwden de meeste HAIO's palliatieve zorg als iets mooi en doen ze dit wel graag. Ondanks de toename in zelfzekerheid bleef de onzekerheid toch in meer of mindere mate bestaan. HAIO's voelden wel dat ze evolueren, maar hebben na het begeleiden van één of meerdere patiënten nog steeds het gevoel dat er verschillende aspecten van de palliatieve zorg zijn waar ze zich nog niet helemaal zeker over voelen. Ook vermelden ze dat elke palliatieve begeleiding uniek en patiënt-specifiek is. Hierdoor was elke palliatieve begeleiding anders.

- *HAIO 6: "En toen ging dat wel beter omdat je het al eens gedaan had. Dan kun je beter antwoorden op de vragen die de mensen stellen omdat je zo wat weet hoe het gaat verlopen."*
- *HAIO 2: "Ondertussen heb ik er al een aantal gehad, ondertussen vind ik dat ik daar wel al in gegroeid ben. Dat ik niet meer zo onzeker ben."*
- *HAIO 5: "Nee, het is nu niet als ik nog een palliatieve patiënt heb, dat ik 100% weet wat ik moet doen. Als zij me iets nieuws vragen, dat ik weet wat ik moet doen, nee, dat gevoel heb ik nog niet, in vergelijking met andere zaken, waarin ik dat wel al heb."*

Verschillende HAIO's maakten een onderscheid tussen gemakkelijke en moeilijke palliatieve casussen. Ze zouden het bijvoorbeeld gemakkelijker vinden als de patiënt reeds een oudere leeftijd heeft, ernstig ziek is en nog maar weinig levenskwaliteit heeft. Ook vonden ze dat het gemakkelijker is om een palliatieve patiënt te begeleiden in het rusthuis dan in de thuissetting. HAIO's denken dat het moeilijker is om een jonge palliatieve patiënt te begeleiden.

- *HAIO 6: "Misschien het feit dat de eerste palliatieve patiënt die ik had eerder een makkelijke casus was, iemand die al bedlegerig was en een echt oud persoon, dat iedereen wel op dezelfde golflengte zat. Ik denk dat als je eerste patiënt echt jong is en als er nog veel verdriet is en veel vragen zijn, dan denk ik dat dit misschien veel moeilijker is. Mijn eerste palliatieve begeleiding is wel heel goed gegaan en ik denk dat je dan meer zelfvertrouwen hebt de volgende keer, dan dat je een moeilijke patiënt hebt de eerste keer, dat je dan meer schrik hebt de volgende keer."*

De afstand tussen de arts en patiënt kan ook een invloed hebben op de zelfzekerheid van de student. Enerzijds werd het als een moeilijkheid ervaren als de HAIO de patiënt niet goed kende. Anderzijds voelden de HAIO's soms een zeer grote emotionele betrokkenheid. Deze betrokkenheid werd soms als een moeilijkheid ervaren, maar ook soms als iets moois. Enkele HAIO's reflecteerden tijdens de interviews over hoe zij op zoek gingen naar een evenwicht tussen een betrokken arts zijn en voldoende afstand bewaren.

- *HAIO 7: "Je kent die patiënt nog niet, je weet ook nog niet hoe die patiënt gaat reageren. Het is zo afwachten, een beetje voorzichtig zijn in het begin."*
- *HAIO 1: "Dus dan was ik wel wat onzeker, van oei, komt dit niet te dicht? Maar uiteindelijk vond ik dat niet erg dat het te dicht kwam. Want ik vond het mooi wat ik had kunnen doen."*

De HAIO's werden soms geconfronteerd met een reeds grote verantwoordelijkheid bij het begeleiden van de palliatieve patiënt. Bij twee HAIO's was er een goede opbouw van verantwoordelijkheid, de meeste HAIO's hadden het gevoel dat ze de eerste keren er wat ingesmeten werden, dit vaak door omstandigheden bv. omdat de PO op verlof was. Mits een goede ondersteuning van de PO (telefonisch) en anderen zoals verpleegkundigen, Panal… was dit wel haalbaar voor de HAIO's. Het gevoel hebben dat iemand anders je mee begeleidt of weten dat je de mogelijkheid hebt tot overleg gaf volgens de HAIO's een toename in zelfzekerheid.

- *HAIO 6: "Dus er werd wel verwacht dat ik daar direct alles zelf deed. Ja, ik vond dat wel stresserend."*
- *HAIO 3: over veel verantwoordelijkheid in begin: "Ja, ge kunt niet veel anders hé, springen en zwemmen. En dan lukt het wel. En als je genoeg lijnen hebt waar je kunt op terugvallen, ja ça va: de bereikbaarheid van de PO, de CRA arts en de verpleging."*

HAIO's haalden tijdens de interviews heel wat strategieën aan hoe zij omgingen met de onzekerheid bij het begeleiden van palliatieve patiënten. Zij probeerden zich goed voor te bereiden en zaken op te zoeken. Bij onzekerheid overlegden zij met heel wat partijen: de patiënt, de familie van de patiënt, de praktijkopleider of een andere collega uit de praktijk, het palliatief support team, de verpleging, de CRA-arts, het ziekenhuis, hun seminariegroep en hun partner. Zij belden hun praktijkopleider op, bespraken de casus in de praktijk of lieten hun praktijkopleider langskomen bij de palliatieve patiënt. De HAIO's nemen verschillende houdingen aan: sommigen zijn eerder afwachtend, sommigen zijn meer durvers. Het belang van "tijd nemen" en "luisteren naar de patiënt" werd aangehaald door meerdere HAIO's. Meerdere HAIO's zijn er bewust mee bezig om niet onzeker over te komen naar de patiënt toe. De meeste HAIO's zijn echt gedreven om bij te leren in palliatieve zorg en laten dit duidelijk blijken aan hun PO. Zij willen graag zoveel mogelijk palliatieve patiënten begeleiden of samen opvolgen met hun PO.

DISCUSSIE

Samenvatting resultaten en vergelijking met bestaande literatuur

Uit de interviews en in mindere mate uit de vragenlijsten blijkt een algemene evolutie in zelfzekerheid. Alle HAIO's beschreven de eerste contacten als stresserend en ervaarden veel onzekerheid. Terwijl ze op het moment van het interview, na 1 jaar als HAIO, zich al veel meer zelfzeker voelden over de verschillende facetten van de palliatieve zorg.

Het onderzoek liet toe in te zoomen op de zelfzekerheid op niveau van medische aanpak, communicatie en multidisciplinaire samenwerking.

Als we het transitieproces op niveau van medische aanpak bekijken, is ook hier een evolutie in zelfzekerheid waarneembaar. Uit het kwantitatief onderzoek blijkt voornamelijk een toename in zelfzekerheid door de lessen palliatieve zorg. Dit wordt echter tegengesproken in het kwalitatief onderzoek waarin de HAIO's zelfzekerder worden door het opdoen van praktijkervaring. De onzekerheid bij beginnende artsen rond medische aanpak is iets wat ook in het onderzoek van Prince et al. wordt teruggevonden (7). In deze studie komt vooral onzekerheid rond het voorschrijven van medicatie en praktische procedures naar voren.

Uit het kwantitatief onderzoek blijkt dat op vlak van communicatie er voornamelijk een evolutie waarneembaar is door de lessen. Tijdens de interviews vermelden de HAIO's dat zij zich reeds bij de eerste contacten al vrij zelfzeker voelen in het communiceren. Dit komt ook overeen met wat gevonden wordt in de recente literatuur (7,16). Dit onderzoek belicht echter een evolutie hierin. Door meer kennis op te doen in andere domeinen (bv. medisch en organisatorisch), hebben de HAIO's het gevoel dat zij meer uitleg kunnen geven aan de patiënten. De HAIO's durven de zaken meer benoemen, ze hebben geen schrik om over het sterven te spreken.

Op vlak van multidisciplinaire samenwerking komen de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten vrij goed overeen. Het kwantitatief onderzoek ziet voornamelijk een evolutie in zelfzekerheid door de lessen. Uit de interviews blijken de HAIO's weinig problemen te ondervinden in het samenwerken met anderen. In het begin hebben de HAIO's wel wat twijfels rond welke instanties zij kunnen inschakelen en wanneer zij dit best doen. Het onderzoek van Prince et al. lijkt dit eerder tegen te spreken (7). Hierin wordt een grotere onzekerheid rond multidisciplinaire samenwerking, werken in team en management vaardigheden beschreven.

Over het algemeen leek de evolutie in zelfzekerheid rond communicatie en multidisciplinaire samenwerking sneller te verlopen dan de evolutie in zelfzekerheid rond medische aanpak. Maar dit is

toch grotendeels afhankelijk van het soort van palliatieve casussen die de HAIO in de praktijk reeds tegenkwam.

De 4 fasen van de transitie zijn duidelijk herkenbaar in de onderzoeksdata (2). De voorbereidingsfase kan beschreven worden als de voorbereidende palliatieve lessen, de gesprekken met de PO voor het eerste bezoek aan de palliatieve patiënt, het opzoeken van informatie voor het bezoek aan de palliatieve patiënt… De eerste contacten met de palliatieve patiënt zijn de ondervindingsfase. Hierin is een grote kwetsbaarheid bij de HAIO's merkbaar. Zij voelen zich heel onzeker en hebben veel behoefte aan begeleiding van hun PO en goede betrouwbare bronnen waar ze informatie kunnen opzoeken. Een deel van de HAIO's situeren zich op het moment van het interview nog in de aanpassingsfase. Ze merken dat zij al minder intense begeleiding nodig hebben bij het begeleiden van de palliatieve patiënt en voelen zich al meer zelfzeker rond bepaalde zaken. Maar er blijft toch nog een zekere mate van onzekerheid bestaan, bijvoorbeeld rond complexere problemen of bij conflicten. Een ander deel van de HAIO's situeert zich reeds in de stabilisatiefase. Dit zijn vooral de HAIO's die al meerdere palliatieve patiënten begeleid hebben. Zij hebben het gevoel dat ze voldoende kennis en vaardigheden hebben opgebouwd om een palliatieve patiënt goed te begeleiden. Ervaring speelt hier een grote rol. Ondanks een goede zelfzekerheid hebben ook hier de HAIO's het gevoel dat zij kunnen blijven bijleren rond palliatieve zorg. Dit vermoedelijk omdat palliatieve zorg een complexe huisartsentaak is en elke palliatieve begeleiding anders is.

Sterktes en zwaktes van de studie

Een sterkte van dit onderzoek is dat deze studie zowel uit een kwalitatief als kwantitatief luik bestaat. Bij het kwantitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten wat absoluut een meerwaarde is. Het kwantitatief onderzoek volgt de HAIO's over een periode van negen maanden gedurende het transitieproces. Dit gaf reeds veel informatie, maar ideaal was geweest als deze studie de HAIO's nog een negental maanden langer kon volgen tijdens het transitieproces. Na drie maanden in de praktijk, bevinden de meeste HAIO's zich nog niet in de stabilisatiefase (zo blijkt uit het kwalitatief onderzoek na één jaar praktijkervaring). Er was ook een grote uitval in de responses van het kwantitatief onderzoek. Hierdoor ging veel waardevolle informatie verloren. De timing van de interviews na één jaar kan ook als een sterkte beschouwd worden: de HAIO's hebben al voldoende ervaring om een evolutie te beschrijven en kunnen nog veel vertellen over de start als HAIO. Ook de stapsgewijze QUAGOL-analyse van de interviews is een pluspunt.

Aanbevelingen voor de praktijk en de opleiding

Zoals hoger vermeld is er duidelijk in de verschillende domeinen een evolutie in zelfzekerheid waarneembaar. Onzekerheid tijdens de ondervindingsfase en aanpassingsfase lijken onvermijdbaar.

Maar er zijn zeker een aantal punten waarop de opleiding en opleiders kunnen inspelen om de transitie zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Een geleidelijke toename in verantwoordelijkheid is heel belangrijk. Dit werd onder andere ook aangehaald in het artikel van Ten Cate et al. (17): een graduele toename in verantwoordelijkheid is één van de kenmerken van werkplekleren. Daarbij aansluitend kan het niveau van supervisie ook geleidelijk afgebouwd worden zodat de student meer autonoom gaat werken (18). Toegepast op de begeleiding van een palliatieve patiënt kan de stap van student naar arts verkleind worden door de HAIO zeer intens te begeleiden bij deze eerste contacten. De PO kan, voor het bezoek, samen met de HAIO reeds overlopen wat er zou kunnen aan bod komen en reeds enkele handvaten meegeven. Eventueel kan de PO, indien de HAIO dit wenst, meegaan bij het eerste bezoek. Bereikbaarheid van de PO is zeer belangrijk, zodat de HAIO bij de minste onzekerheid kan overleggen. Als de PO merkt dat de HAIO meer zelfzeker wordt in het begeleiden van de palliatieve patiënt kan de intensiteit van de begeleiding stilaan wat afnemen. Uit de interviews blijkt dat HAIO's het appreciëren als hun PO hen vertrouwt en ruimte geeft om een eigen aanpak te ontwikkelen. De HAIO's merkten dat ze steeds minder bevestiging nodig hadden.

Een andere mogelijkheid om de transitie vlotter te laten verlopen, is het starten met een "gemakkelijke" casus. Uit de literatuur rond leren in de praktijk blijkt het belang van opdrachten aangepast aan het niveau van de student (19). In de interviews vermelden de HAIO's dat zij een palliatieve begeleiding van een oudere persoon met reeds verschillende comorbiditeiten in het rusthuis als gemakkelijker ervaren dan een palliatieve begeleiding van een jongere persoon in de thuissetting. Als de mogelijkheid zich aanbiedt, kan hiermee rekening gehouden worden.

Vervolgens is het reflecteren over de casus zeer belangrijk. De HAIO's vonden het zeer nuttig als zij regelmatig hun bevindingen en ervaringen konden delen met hun opleider. De HAIO's hadden niet alleen nood aan het bespreken van de medische casus, maar sommigen vonden het ook belangrijk om hun emotionele bevindingen te kunnen delen met hun opleider. Dit stemt overeen met wat in de literatuur gevonden wordt: wanneer men wil leren uit ervaringen dan moet de ervaring geïnterpreteerd en in bestaande kennisstructuren geïntegreerd worden. Reflectie is cruciaal voor dit leerproces. Reflectie wordt aangeraden zowel voor, tijdens als na de ervaringen. Begeleide reflectie lijkt zeer geschikt in het geval van palliatieve zorg, gezien begeleide reflectie nuttig is voor het verbeteren van de therapeutische relatie en professionele aanpak (20). De opleider steunt en daagt de HAIO uit zodat hij of zij bepaalde ervaringen kan opmerken en er zin aan geven, bijvoorbeeld door het stellen van niet beoordelende vragen.

Uit het onderzoek blijkt ook dat de HAIO's veel belang hechten aan concrete, praktische informatie binnen handbereik. De lessen zouden hierop kunnen inspelen door enerzijds alle aspecten van de palliatieve zorg op een praktijkgerichte manier aan te halen. Anderzijds zou het goed zijn als in de lessen de nadruk wordt gelegd op waar de HAIO's informatie kunnen opzoeken. Een zakhandboekje met medische informatie werd meermaals als zeer nuttig aangehaald. Enkele websites met organisatorische en administratieve informatie kunnen de HAIO ondersteunen. De HAIO's suggereerden om in de lessen een goed overzicht te krijgen van de beschikbare instanties en hun mogelijkheden. Tenslotte kan de stap naar de praktijk ook verkleind worden door het aangaan van voldoende, betekenisvolle contacten met palliatieve patiënten (21). Dit kan door een stage op een palliatieve dienst, maar ook door het betrekken van studenten bij de begeleiding van palliatieve patiënten op andere stages.

BESLUIT

Het starten als huisarts in de praktijk gaat gepaard met onzekerheden op medisch, communicatief en organisatorisch vlak. Uit de interviews en vragenlijsten over de begeleidingen van palliatieve patiënten blijkt dat de HAIO's wel duidelijk een evolutie doormaken in al deze domeinen. Onzekerheid tijdens de eerste fases van de transitie lijken onvermijdbaar. Maar er zijn een aantal punten waarop de opleiding en opleiders kunnen inspelen om de transitie zo vlot mogelijk te laten verlopen. Een graduele toename van verantwoordelijkheid en een graduele afbouw van de supervisie lijken cruciaal. Daarnaast wordt best gestart met een gemakkelijke casus, indien die mogelijkheid zich aanbiedt. Vervolgens wordt het leerproces ook bevorderd wanneer de opleider samen met de HAIO frequent kan reflecteren over de casus. Tenslotte vinden HAIO's het ondersteunend om concrete en praktische informatie binnen handbereik te hebben.

DANKWOORD

Deze masterproef is tot stand gekomen met de hulp en steun van verschillende personen.

Allereerst wil ik mijn promotor Dr. Mieke Vermandere en co-promotor Prof. Dr. Ann Roex bedanken voor hun deskundige en enthousiaste begeleiding.

Daarnaast wil ik ook Dr. Donatienne Van Weehaeghe bedanken voor de vele hulp bij de statistische verwerking. Een “Thank you” voor Marieke Vanderschaeghe en Gloria Sullivan voor de taalkundige ondersteuning bij het vertalen van de vragenlijsten.

Vervolgens ook dank aan alle HAIO’s die de vragenlijsten hebben ingevuld of die meegewerkt hebben aan de interviews. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ten slotte wil ik nog mijn vriend Joris, mijn familie en mijn collega’s bedanken voor hun luisterend oor en vele steun.

1. Teunissen PW, Westerman M. Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitions in medical education. Medical Education 2011; 45: 51-59.
2. Nicholson N. A Theory of Work Role Transitions. Adm Sci Q 1984; 29: 172-191.
3. Bogg J, Gibbs T, Bundred P. Training, job demands and mental health of pre-registration house officers. Med Educ 2001; 35 (6): 590-595.
4. Brown J, Champan T, Graham D. Becoming a new doctor: a learning or survival exercise? Med Educ 2007; 41 (7): 653-660.
5. Luthy C, Perrier A, Perrin E, Cedraschi G, Allaz AF. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. Swiss Med Wkly 2004; 134: 612-617.
6. Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. Medical Education 2010; 44: 449-458.
7. Prince KJAH, Van De Wiel MWJ, Van der Vleuten CPM, Boshuizen HPA, Scherpier AJJA. Junior Doctor's Opinions about the Transition from Medical School to Clinical Practice: A Change of Environment. Education for Health 2004; 17 (3): 323-331.
8. Kapur N, Appleton K, Neal R. Sources of job satisfaction and psychological stress in GPs and medical house officers. Fam Med 1999; 16(6): 600-601.
9. Vygotski LS. Mind in Society: The development of higher mental processes. Cambridge, Harvard University Press. 1978.
10. White CB. Smoothing out transitions: How pedagogy influences medical students' achievement of self-regulated learning goals. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007; 12 (3): 279-297.
11. Lempp H, Cochrane M, Seabrook M, Rees J. Impact of educational preparation on medical students in transition from final year to PRHO year: a qualitative evaluation of final-year training following the introduction of a new Year 5 curriculum in a London medical school. Med Teach 2004; 26 (3): 276-278.
12. Mason, Ellershaw. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. Medical Education 2004; 38: 1103-1110.
13. Barrington DL, Murrie DA. A preceptor model for introducing undergraduate medical students to palliative medicine. J Palliat Care 1999; 15: 37-43.

14. Merrill J, Lorimor R, Thornby J, Woods A. Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses and medical students. Psychol Rep 1998; 83: 123-128.
15. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. International Journal of Nursing Studies 2012; 49(3): 360-371.
16. Wall D, Bolshaw A, Carolan J. From undergraduate medical education to pre-registration house officer year: how prepared are students? Medical teacher. 2006; 28(5): 435-439.
17. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, Van Der Schaar M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Medical Teacher 2015; 37: 983-1002.
18. Ten Cate O, Scheele F. Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? Acad Med. 2007; 82(6): 542–547.
19. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: Transforming theory into practice. Medical teacher. 2012; 34: 161-164.
20. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. Medical teacher. 2009; 31: 685-695.
21. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? Medical Education 2011; 45: 389-399.

BIJLAGEN

Bijlage 1A: Self-efficacy in Palliative Care Scale (Engels)

Self-efficacy in Palliative Care Scale:

Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. Medical Education 2004; 38: 1103–1110.

Instructions and scale items

The following statements relate to communication⁄patient management⁄multi-professional issues that may be encountered within palliative care. Please answer the following questions by placing an X on the line between "very anxious" and "very confident" in relation to how you think you would feel about:

Communication

discussing the likely effects of cancer with the patient
discussing the likely effects of cancer with the patient's family
discussing issues of death and dying
discussing the patient's own death (with the patient)
discussing the patient's death (to occur) with the family
discussing the patient's death with the family upon bereavement
answering the patient's question: How long have I got to live?
answering the patient's question: Will there be much suffering or pain?

Patient management

your ability to assess the patient's needs
your knowledge of the aetiology of common symptoms experienced by palliative care patients
your ability to manage common symptoms experienced in palliative care patients
your ability to prescribe appropriate and adequate pain control medication
your knowledge of the therapeutic and side-effects of analgesic agents
your ability to provide psychological care for the palliative care patient and his or her family
your ability to provide social care for the palliative care patient and his or her family
your ability to provide spiritual care for the palliative care patient and his or her family

Multidisciplinary teamworking

working within a multiprofessional palliative care team
appropriately referring palliative care patients for physiotherapy
appropriately referring palliative care patients for occupational therapy
appropriately referring palliative care patients for complementary therapies
appropriately referring palliative care patients to a lymphoedema service
appropriately referring palliative care patients for psychiatric evaluation
appropriately referring palliative care patients to a spiritual advisor

Bijlage 1B: Self-efficacy in Palliative Care Scale (Nederlands)

Self-efficacy in Palliative Care Scale:

Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. Medical Education 2004; 38: 1103–1110.

Instructies en uitleg over de schaal

De volgende stellingen gaan over communicatie- /patiëntmanagement- / multiprofessionele problemen die u kunt tegenkomen binnen de palliatieve zorg.
Gelieve de volgende vragen te beantwoorden door een X te plaatsen op de lijn tussen "zeer angstig" en "zeer zelfverzekerd" afhankelijk van hoe u zich zou voelen over:

Communicatie

het bespreken van de mogelijke effecten van kanker met de patiënt
het bespreken van de mogelijke effecten van kanker met de familie van de patiënt
het bespreken van alles wat met de dood en sterven te maken heeft
het bespreken van de dood van de patiënt met de patiënt in kwestie
het bespreken van de nakende dood van de patiënt met de familie
het bespreken van de dood van de patiënt met de familie bij overlijden
het beantwoorden van de vraag van de patiënt: "Hoelang heb ik nog te leven?"
het beantwoorden van de vraag van de patiënt: "Zal ik veel pijn hebben of afzien?"

Patiëntmanagement

uw bekwaamheid om de noden van de patiënt in te schatten
uw kennis over de etiologie van veelvoorkomende symptomen bij palliatieve patiënten
uw bekwaamheid om veelvoorkomende symptomen bij palliatieve patiënten aan te pakken
uw bekwaamheid om aangepaste en geschikte pijnstillende medicatie voor te schrijven
uw kennis van de therapeutische werking en nevenwerkingen van pijnstillende middelen
uw bekwaamheid om psychologische zorg te voorzien voor de palliatieve patiënt en zijn/haar familie
uw bekwaamheid om sociale zorg te voorzien voor de palliatieve patiënt en zijn/haar familie
uw bekwaamheid om spirituele zorg te voorzien voor de palliatieve patiënt en zijn/haar familie

Multidisciplinaire samenwerking

samenwerken in een multiprofessioneel palliatief zorgteam
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt voor kinesitherapie
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt voor ergotherapie
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt voor aanvullende behandelingen
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt voor een lymfoedeem behandeling
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt voor psychiatrische evaluatie
het correct doorverwijzen van de palliatieve patiënt naar een spiritueel adviseur

Bijlage 2A: Thanatophobia Scale (Engels)

Thanatophobia Scale: instructions and scale items[12]

Please circle the number that corresponds to how strongly you agree or disagree with the following statements. Answer according to how you think you would feel regarding the issues and situations presented below

Dying patients make me feel uneasy

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

I feel pretty helpless when I have terminal patients on my ward

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

It is frustrating to have to continue talking with relatives of patients who are not going to get better

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

Managing dying patients traumatises me

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

It makes me uncomfortable when a dying patient wants to say goodbye to me

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

I don't look forward to being the personal physician of a dying patient

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

When patients begin to discuss death, I feel uncomfortable

1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree						Strongly agree

Bijlage 2B: Thanatophobia schaal (Nederlands)

Thanatophobia schaal: instructies en schaalitems

Gelieve het nummer te omcirkelen dat het best overeenkomt met hoe sterk u wel of niet akkoord gaat met de volgende stellingen.

Antwoord hoe u denkt dat u zich zou voelen bij de onderwerpen en situaties die hieronder omschreven worden:

Ik voel mij ongemakkelijk bij stervende patiënten

Ik voel mij vrij hulpeloos wanneer ik terminale patiënten op mijn afdeling heb

Het is frustrerend om steeds opnieuw te moeten spreken met familie van patiënten die niet beter zullen worden

Het traumatiseert me om voor stervende patiënten te zorgen

Ik voel mij ongemakkelijk wanneer een stervende patiënt afscheid wil nemen van mij

Ik kijk er niet naar uit om de huisarts te zijn van een stervende patiënt

Wanneer patiënten beginnen te spreken over de dood, dan voel ik mij ongemakkelijk

Helemaal niet akkoord

Helemaal akkoord

Bijlage 3: Topiclijst voor interviews

1. Hoe verliepen de eerste contacten met de palliatieve patiënt?
    a. Welke emoties en gedachten gingen in je om?
    b. Wat waren de grootste moeilijkheden en onzekerheden die je ondervond? Hoe ging je om met deze moeilijkheden of onzekerheden?

2. Zou je de evolutie in je zelfzekerheid bij de begeleiding van de palliatieve patiënt kunnen beschrijven?
    a. Welke factoren hebben volgens jou een invloed op deze zelfzekerheid?
    b. Ondervond je kantelpunten, stroomversnellingen in de evolutie van de zelfzekerheid en wanneer zou je die situeren? Wat was dan de oorzaak van die kantelpunten of stroomversnellingen?
    c. Heb je het gevoel dat er op een bepaald moment een stabilisatie optreed en wanneer zou je dit situeren? Wat maakt dat je dit ervaarde? Hoe zou je die fase beschrijven?
    d. Hoe spelen de voorbereidende lessen/stages een rol in je evolutie van zelfzekerheid?
    e. Merkte je deze evolutie op alle vlakken? → Medisch, communicatief, multidisciplinaire samenwerking?

3. Hoe verliep de coaching tijdens de eerste contacten met een palliatieve patiënt?
    a. Hoe werd je begeleid bij het omgaan met problemen of onzekerheden?
    b. Hoe zou je de evolutie in verantwoordelijkheid beschrijven?
    c. Hoe nam je zelf verantwoordelijkheid voor je leerproces?

Bijlage 4: Interessante citaten uit de interviews

1. Medisch
    a. *HAIO 7: "Je hebt patiënten die palliatief zijn, maar waar nog altijd antibiotica gegeven wordt: zowel curatieve als palliatieve behandelingen. Dan is de vraag: "Wanneer stop je daarmee?". Dat vind ik wel moeilijk om daar beslissingen in te nemen".*
    b. *HAIO 2: "De verpleging van het rusthuis vroeg een staand order… En toen dacht ik ook van: 'Oei, ja, morfine…Hoeveel is dat dan juist? En een bolus, mag dat dan? En hoe moet ik dit doen? Wat mag ik daar van opschrijven?' Ik wist totaal niet hoe of wat."*
    c. *HAIO 5: "En dan de medicatie, je hebt daar wel goede websites van, bijvoorbeeld pallialine.be. Dat gebruik ik veel."*
    d. *HAIO 1: over onzekerheden: " Op medisch vlak soms wel. Iemand die je niet pijnvrij krijgt, dat je zo wat moet zoeken." "Een misselijkheid die we niet onder controle kregen."*
    e. *HAIO 2: over euthanasie: " Ik vond dat super dat ik dat zo op die manier gezien heb. Dat ik gezien heb dat ik dat ook… maar ik zie mij dat de komende vijf jaar nog niet direct doen."*
2. Communicatie
    a. *HAIO 6: "De tweede keer… Je kan al veel meer tegen de familie uitleggen wat de procedures zijn."*
    b. *HAIO 1: " Maar ik kon dat ook niet zeggen tegen haar: 'Je zus gaat morgen sterven'. Dus dat was communicatief moeilijk."*
    c. *HAIO 3: "Als je hoort dat er een conflictsituatie is in de familie, dat jij dan eigenlijk als spilfiguur daar tussen zit en dat je dat allemaal moet zien in goede banen te leiden. Alé, ik vind dat allemaal een moeilijke rol."*
3. Organisatie
    a. *HAIO 7: "Hoe je ze daar best bij steunt, dat vind ik het moeilijkste eigenlijk. Niet echt het medische. Maar eigenlijk al wat daar rond hangt. Je weet wel dat er allerlei organisaties bestaan die kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld "De Mantel". Maar wanneer is het, het beste dat je die er bij haalt, dat vond ik wat moeilijk."*
4. Multidisciplinaire samenwerking
    a. *HAIO 6: "Ja, vooral het moment dat Panal de eerste keer die spuitaandrijver is komen installeren. Samen met de verpleging ben ik dan ook naar daar gegaan. Ik heb dan ook zelf nog met die persoon van Panal gebabbeld en die heeft dat nog allemaal goed uitgelegd. En zo dat ik weet: ik sta er niet alleen voor. Dat heeft wel fel geholpen."*
5. Begeleiding door de PO
    a. *HAIO 7: "Ja. We overleggen daarover. Dan vragen we aan elkaar: hoe was het met hem?... En als het een moeilijk moment is, dan zeggen we dat aan elkaar. Maar eigenlijk, ik denk dat we daar alle 2 goed mee omgaan. Als het probleem zich voordoet, ofwel bel ik of we overleggen er over. Ik kan er niet over klagen."*
    b. *HAIO 2: "Dan vroeg ik zijn mening, helemaal in het begin. Dan vroeg ik: wat moet ik doen? Terwijl ik nu zeg, ik denk dat we dit moeten doen, en ben je akkoord?"*
6. Voorbereidende lessen en stages
    a. *HAIO 7: "Mijn stages, als ik eerlijk mag zijn, ik ben er niet zoveel tegen gekomen en ik vond dat dat niet altijd op een goede manier verliep… Dus op mijn stages heb ik meer gezien hoe het niet hoefde in het ziekenhuis."*
7. Algemene evolutie in zelfzekerheid, verantwoordelijkheid en strategieën
    a. *HAIO 5: "Maar de eerste keer was ik nerveus. Vooral omdat ik er te weinig kennis rond heb en te weinig ervaring."*
    b. *HAIO 7: "Maar ik weet toch al beter wat ik best eigenlijk doe. Wanneer ik wat moet voorstellen. Maar het blijft nog altijd aftoetsen in elke situatie, zien wat de mensen nodig hebben."*
    c. *HAIO 7: "Wel als je een palliatieve patiënt hebt begeleid en je hebt het gevoel dat je dat goed gedaan hebt, de mensen zijn daar ook tevreden over, dat geeft wel een beetje een vertrouwensboost"*
    d. *HAIO 2: "Ik vind palliatieve iets heel mooi. Dat kan mij wel ontroeren."*
    e. *HAIO 3: " En ik heb dan inderdaad ook een beetje vastgezeten i.v.m. het weekend. Dus ik heb dan voor mezelf besloten, ik had al een heel zware week achter de rug, van kijk: als het inderdaad dit weekend zou gebeuren, dan is het met de CRA arts te bespreken, maar ik ging sowieso wel bellen."*
    f. *HAIO 7: " Ge kunt wel overleggen, maar jij staat daar op dat moment zelf en jij moet inschatten hoe het is en dat leer je volgens mij door het te doen."*
    g. *HAIO 4: "Ik denk nu dat het wat door de situatie (verlof PO) geweest is, dat het plots van geen verantwoordelijkheid naar alle verantwoordelijkheid is gegaan. Is dat perse slecht geweest? Ik denk het*

niet omdat ik op die manier direct zoiets gehad heb van, oké, ik kan niet anders, ik moet het hier doen en ik moet hier die boodschap brengen en ik moet hier de begeleiding verder doen. Maar misschien dat ik voor de volgende keer wel liever geleidelijk aan en zo iedere stap, stap voor stap zou willen meemaken."

h. *HAIO 6: "Ja, en het is vanaf het moment dat je voelt dat er nog iemand anders is die eigenlijk u ook mee begeleid, dat je wat zekerder wordt."*

Bijlage 5: Aanvraag en goedkeuring ethisch comité

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Transitie van student naar huisarts in opleiding: de begeleiding van de palliatieve patiënt" (mp11263)

Student(en): Sarah Jansens
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is: Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode: prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
De medische opleiding is een continuüm dat begint in het eerste bachelor jaar geneeskunde en doorloopt tot men start als erkend huisarts of specialist. Dit continuüm wordt echter gekenmerkt door enkele belangrijke overgangen, ook wel transities genoemd (1). Deze studie handelt over de transitie van student naar huisarts in opleiding (HAIO). Bij een transitie komt de persoon in nieuwe situatie terecht. Dit zorgt voor nieuwe uitdagingen en mogelijkheden. Het is vaak een moment van snelle persoonlijke ontwikkeling, maar gaat anderzijds ook met veel emoties gepaard. Veel jonge artsen ervaren de transitie naar HAIO als een stresserende periode. Er wordt plots meer van hen verwacht. Men krijgt heel wat meer verantwoordelijkheid (2,3). Uit een studie van Bogg bij pasafgestudeerde artsen bleek 25% een burn-out te ervaren en ook uit de studie van Kapur blijkt dat het eerste jaar als arts, het meest stresserende te zijn (3,4). De transitie vlotter laten ve rlopen zou kunnen bijdragen tot het beperken van stress en angst en zo zouden misschien een aantal burn-outs kunnen vermeden worden.
Om de Vlaamse HAIO's optimaal te kunnen begeleiden zou het interessant zijn hun transitieproces in beeld te brengen. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe studenten en beginnende HAIO's op verschillende momenten van de transitie omgaan met complexe huisartsentaken. Er werd gekozen om de begeleiding van een palliatieve patiënt als 'testcase' te nemen. Dit domein van de huisartsgeneeskunde biedt heel wat uitdagingen voor een beginnende arts. Er komen heel wat complexe problemen aan bod en dit vereist de integratie van voldoende kennis, vaardigheden en attitudes.

Vraagstelling:
Hoe zeker/onzeker voelen studenten huisartsgeneeskunde en beginnende HAIO's zich bij de medische, communicatieve en multidisciplinaire aanpak van een palliatieve patiënt? Is er een evolutie merkbaar tijdens het transitieproces?
Hoe ervaarde de HAIO de eerste contacten met een palliatieve patiënt?

Methodologie:
Kwantitatief luik:
Door middel van de "Self-efficacy in Palliative Care Scale" en de "Thanatofobia scale" af te nemen op 4 momenten in de opleiding huisartsgeneeskunde wordt de zekerheid en attitude van de studenten met betrekking tot de begeleiding van palliatieve patiënten in kaart gebracht (5,6). De "Self-efficacy in Palliative Care Scale" peilt naar de angst en het vertrouwen in hun eigen capaciteiten met betrekking tot de medische, communicatieve, psychologische, sociale, spirituele en multidisciplinaire begeleiding van de palliatieve patiënt (5). De "Thanatofobia scale" bevraagt de attitude t.o.v. palliatieve zorg (5,6). De vragenlijsten worden op 4 tijdstippen afgenomen: voor de lessen palliatieve zorg in het zevende jaar geneeskunde, na deze lessen palliatieve zorg, tijdens de eerste weken als HAIO en na enkele maanden als HAIO.
Beide lijsten werden vertaald uit het Engels. Alle deelnemers zijn studenten uit het 7e jaar geneeskunde die kozen voor de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde. Zij zullen gecontacteerd worden via e-mail met de vraag of ze willen deelnemen aan deze studie. In deze e-mail kunnen zij uitleg vinden waarover de studie gaat en ook een link naar een online tool waar ze de vragenlijsten kunnen invullen. Aan het begin van de vragenlijst wordt opnieuw een korte beschrijving van de studie gegeven en gevraagd om het informed consent digitaal te tekenen (zie bijlage). Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers.

Kwalitatief luik:
Om het antwoord te bekomen op de tweede onderzoeksvraag werd gekozen om semigestructureerde interviews uit te voeren. Deze interviews bevragen de ervaringen, emoties en moeilijkheden die de HAIO ondervond bij de eerste contacten met palliatieve patiënten. Daarnaast wordt ook gevraagd hoe de coaching verliep en wat de HAIO uit deze contacten heeft geleerd. De inhoud van de interviews zal gebaseerd worden op bestaande literatuur en gevalideerd worden door experten. De deelnemers zijn dezelfde studenten huisartsgeneeskunde uit het eerste deel van de studie. Opnieuw zullen zij gecontacteerd worden via e-mail om te vragen of zij wensen deel te nemen aan een interview. Wanneer zij hiermee instemmen zal bij de aanvang van het interview gevraagd worden om een informed consent (zie bijlage) te ondertekenen. Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers, wel wordt een hapje en een drankje aangeboden.

Referenties:
1. Teunissen PW, Westerman M. Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitiions in medical education. Medical Education 2011; 45: 51-59.
2. Nicholson N. A theory of work role transitions. Adm Sci Q 1984; 29: 172-191.
3. Bogg J, Gibbs T, Bundred P. Training, job demands and mental health of pre-registration house officers. Med Educ 2001; 35 (6): 590-595.
4. Kapur N, Appleton K, Neal R. Sources of job satisfaction and psychological stress in GPs and medical house officers. Fam Med 1999; 16(6): 600-601.
5. Mason S, Ellershaw John. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. Medical Education 2004; 38: 1103-1110.
6. Merrill J, Lorimor R, Thornby J, Woods A. Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses and medical students. Psychol Rep 1998; 83: 123-128.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
94886_1455876117_0745_Informed_consent_Interview_Transitie_pdf.pdf
59282_1455876122_8825_Informed_consent_Vragenlijst_Transitie_pdf.pdf

Promotor:
Mieke Vermandere (mieke.vermandere@med.kuleuven.be - u0062287 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:
mp11263

Goedkeuring ethisch comité



Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>
vr 1/04/2016 16:44

Aan: Mieke Vermandere;

CC: Sarah Jansens;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Transitie van student naar huisarts in opleiding: de begeleiding van de palliatieve patiënt" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Transitie van student naar huisarts in opleiding: de begeleiding van de palliatieve patiënt" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)