BURN-OUT: COPINGMECHANISMEN BIJ ARTSEN IN DE PALLIATIEVE ZORG

Student: VAN ROMPAEY Eline
Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. VERMANDERE Mieke
Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde
Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Dr. WARMENHOVEN Franca
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
Maastricht University

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context

Palliatieve patiënten vormen voor artsen vaak een uitdaging, niet enkel op medisch-technisch, maar ook op emotioneel gebied. Daarom leek het interessant om na te gaan hoe artsen, die continu in aanraking komen met patiënten die overlijden, omgaan met deze belasting.

Onderzoeksvraag

In deze studie werd onderzocht welke copingmechanismen artsen, werkzaam in de palliatieve zorg, hanteren ter preventie van burn-out bij het levenseinde van patiënten.

Methode

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij semigestructureerde interviews werden afgenomen op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst. Er werden 8 artsen geïnterviewd en de verkregen informatie werd geanalyseerd door middel van een thematische analyse (QUAGOL).

Resultaten

De geïnterviewde artsen waren niet overtuigd dat zij meer risico lopen op burn-out dan collega's in andere disciplines. Zij gaven aan professionele voldoening te vinden in hun job. Iedere arts kon zich wel een of meerdere casussen herinneren waardoor hij/zij emotioneel geraakt werd gedurende zijn/haar loopbaan. Op casussen die een emotionele impact hadden, werd uiteenlopend gereageerd, gaande van probleemgerichte strategieën zoals anticipatie van problemen en het vragen van hulp tot emotiegerichte strategieën zoals het zoeken van afleiding, het gebruik van humor en het zoeken van sociale steun. Sociale steun was iets wat veel artsen noodzakelijk vonden in het vermijden van burn-out. Het gebruik van genotsmiddelen en het vermijden van moeilijke situaties waren eerder uitzonderlijk gehanteerde copingmechanismen.

Conclusie

Omgaan met het overlijden van patiënten is een emotionele ervaring voor artsen. Niemand van de geïnterviewde artsen was overtuigd dat er bij artsen in palliatieve zorg meer sprake is van burn-out dan bij collega's in andere disciplines. Op casussen die een emotionele reactie veroorzaakten, werd op verschillende manieren gereageerd. Verscheidene probleemgerichte en emotiegerichte copingmechanismen werden gehanteerd. Vooral het opzoeken van sociale steun bleek een frequent gebruikte strategie.

Inhoud

Abstract i
Inhoud ii
1 Inleiding 1
2 Methode 3
2.1 Keuze van de onderzoeksmethode 3
2.2 Deelnemers 3
2.3 Interviews 3
2.4 Data analyse 4
3 Resultaten 5
3.1 Kenmerken deelnemers en interviews 5
3.2 Burn-out in palliatieve zorg? 5
3.3 Casuïstiek 6
3.4 Copingmechanismen 7
3.4.1 Probleemgerichte copingmechanismen 7
3.4.2 Emotiegerichte copingmechanismen 8
3.5 Noodzaak tot bijsturen van de opleiding? 11
4 Discussie 12
4.1 Samenvatting van de resultaten en vergelijking met de bestaande literatuur 12
4.2 Sterktes en zwaktes van de studie 13
4.3 Implicaties voor praktijk en/of onderzoek 14
5 Besluit 15
6 Dankwoord 16
7 Bronnen 17
8 Bijlage 19

1 Inleiding

In 1974 werd de term burn-out voor het eerst gebruikt door de Amerikaanse psycholoog Freudenberger (1). Hij gebruikte deze benaming om de gevolgen van ernstige, werkgerelateerde stress te omschrijven bij artsen en verpleegkundigen. Sinds deze publicatie is de interesse voor burn-out meer en meer gegroeid.

Het is moeilijk in de literatuur een eenduidige definitie van burn-out te vinden. Via Pubmed MESH termen wordt professionele burn-out gedefinieerd als “een excessieve stressreactie veroorzaakt door iemands beroepsmatige of professionele omgeving, die zich manifesteert als gevoelens van emotionele en fysieke uitputting gekoppeld aan gevoelens van frustratie en mislukking”.

De universeel meest aanvaarde definitie is waarschijnlijk deze van Maslach et al, die stelt dat burn-out gekenmerkt wordt door “een inadequate respons op chronische, beroepsmatige stress bestaande uit drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie en een beperkte of afwezige persoonlijke voldoening” (2).

De manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel op bepaalde onplezierige omstandigheden of gebeurtenissen reageert wordt coping genoemd (3). Deze reacties zijn mede tot stand gekomen door vroegere leerervaringen, opvoedingspatronen en persoonlijkheidskenmerken. Coping is een proces dat veranderlijk is. Ieder persoon heeft bepaalde voorkeuren wat betreft reacties en gedragingen, maar afhankelijk van nieuwe informatie en resultaten van vroegere gedragingen is het mogelijk dat copingmechanismen veranderen (4). Bovendien kunnen deze strategieën met elkaar in interactie treden, waardoor individuen vaak verschillende copingmechanismen gebruiken als respons op een stressvolle situatie in plaats van één specifieke strategie (5). Toch bestaat er in de literatuur de algemene aanname dat individuen onbewust de ene strategie boven de andere verkiezen (4).

In een veelgebruikte onderverdeling van Lazarus en Folkman wordt gesteld dat copingmechanismen geclassificeerd kunnen worden in probleemgerichte strategieën en emotiegerichte strategieën. Probleemgerichte coping is gericht op het oplossen van problemen en op een actieve aanpak om de oorzaak van stress te wijzigen. Emotiegerichte coping daarentegen is gericht op het verminderen of beheersen van het emotionele leed dat samenhangt met of wordt veroorzaakt door de aangrijpende situatie. Hoewel stressvolle situaties meestal beide types copingmechanismen uitlokken, heeft probleemgerichte coping de neiging te domineren wanneer mensen het gevoel hebben dat iets constructief aan de situatie gedaan kan worden, terwijl emotiegerichte coping de neiging heeft te overheersen wanneer mensen het gevoel hebben dat ze de situatie moeten doorstaan (3,6).

Vergeleken met de gewone werkende populatie zijn artsen meer onderhevig aan burn-out en gevoelens van ontevredenheid over de verhouding tussen hun werk- en privéleven (7). Artsen

die voldoen aan de criteria van burn-out bieden als gevolg hiervan minder kwaliteit van zorg en maken meer medische fouten (8,9).

In een Amerikaanse studie bij zorgverleners, werkzaam in de palliatieve zorg, bleek 62% van de ondervraagde personen te voldoen aan de gehanteerde criteria voor burn-out (10). Elementen die bijdragen aan burn-out in de palliatieve setting zijn onder andere het frequent contact met het stervensproces, de slechtnieuwsgesprekken en het werken met onzekerheid (11). Een langdurige arts-patiëntrelatie en een beperkte ervaring als jonge arts correleren ook met grotere emotionele reacties op het overlijden van patiënten (12). Bovendien zijn identificatie met de patiënt, omwille van gelijkenissen of overeenkomsten tussen het leven van de patiënt en dat van de arts, net als gevoelens van mislukking of ontoereikendheid aan de kant van de arts bijkomende belastende factoren (13,14). Daartegenover staat dat het gevoel een verschil te kunnen maken, het hebben van een betekenisvolle arts-patiëntrelatie en het ervaren van dankbaarheid van de patiënt en diens familie aanleiding kunnen geven tot professionele voldoening (15,16).

Artsen in opleiding lopen een bijzonder hoog risico op burn-out (17). Bovendien ervaren jonge artsen gevoelens van onzekerheid en angst wanneer ze in contact komen met stervende mensen (18). Artsen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg lijken, omwille van hun frequente blootstelling aan het overlijden van patiënten, bijgevolg een interessante studiegroep wat betreft copingmechanismen in aangrijpende situaties.

2 Methode

2.1 Keuze van de onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gezien het exploratieve karakter van deze studie. Semigestructureerde interviews werden afgenomen op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst, handelend over specifieke topics inzake burn-out, aangrijpende casussen en hieraan gerelateerde copingmechanismen.

2.2 Deelnemers

Via www.leif.be[1] werd een schematisch overzicht bekomen van de huidige palliatieve eenheden in Vlaanderen. Op basis hiervan werden de palliatieve eenheden geselecteerd in de provincies Antwerpen en Limburg. Artsen werkzaam op deze eenheden werden telefonisch of via email gecontacteerd voor een volledig vrijblijvende deelname aan deze studie. Het definitieve aantal deelnemers hing af van het punt waarop datasaturatie bereikt werd.

Toestemming tot deelname hield in dat de artsen bereid waren om tijdens een interview informatie te geven over hun visie omtrent burn-out en over de copingmechanismen gebruikt door henzelf. Volstrekte anonimiteit werd gegarandeerd. Deze studie werd door de ethische commissie van de Katholieke Universiteit Leuven goedgekeurd.

2.3 Interviews

De interviews werden gebaseerd op een vragenlijst met 7 open vragen omtrent burn-out, aangrijpende casussen en gehanteerde copingmechanismen (zie bijlage). Artsen werden gevraagd naar hun idee over de prevalentie van burn-out bij artsen in de palliatieve zorg. Er werd ook verzocht een casus te beschrijven waarbij ze emotionele moeilijkheden ervaren hadden. Daarna werd gepolst naar de manier waarop ze hiermee waren omgegaan en wat ze hieruit geleerd hadden. Een bijkomende, afsluitende vraag had betrekking op een artikel dat in oktober 2017 in een Vlaamse krant verscheen. Hierin werd gesteld dat studenten geneeskunde amper in contact komen met het levenseinde van patiënten en waarin werd aangevoerd dat een bijsturing van de opleiding noodzakelijk is. De artsen werden gevraagd wat zij hiervan vonden. De vragenlijst diende als leidraad voor het gesprek. De respondenten werden door bijkomende vragen van de interviewer aangezet om hun antwoorden dieper uit te werken.

[1] Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, PZE 2016, Copyright © 2018 LevensEinde InformatieForum, http://leif.be/data/Palliatieve_eenheden.pdf, bezocht op 18/04/2017.

Er werd een test-interview uitgevoerd. Het woordelijk uitgeschreven transcript hiervan werd achteraf gelezen door 2 onafhankelijke onderzoekers. Mogelijke problemen werden besproken en er werd een aangepaste versie van het interview opgesteld.

De artsen werden in hun eigen werkomgeving geïnterviewd door de onderzoeker. Met uitdrukkelijke toestemming van de ondervraagde artsen werden geluidsopnames gemaakt van alle interviews via smartphone. Aan elke arts werd een code toegekend om anonimiteit te kunnen garanderen.

2.4 Data analyse

De interviews werden na afname woordelijk uitgeschreven aan de hand van de geluidsopnames. Er werd een systematische analyse van de interviews verricht volgens de QUAGOL-gids (Qualitative Analysis Guide of Leuven) voor kwalitatief onderzoek (19).

Ter voorbereiding van het codeerproces werd elk interview grondig gelezen en meermaals herlezen, waarna een kort abstract van elk van deze interviews werd geschreven. Vervolgens werden de narratieve interviews omgezet naar relevante concepten, die in een schematisch overzicht werden opgenomen. In een volgende fase werd geverifieerd of de verkregen concepten overeenstemden met de onderzoeksvraag, of er relevante concepten ontbraken en of de concepten in het schematisch overzicht konden worden teruggekoppeld aan de interviewdata. Vervolgens werden de schema's verder uitgewerkt door het herhaaldelijk vergelijken van de verschillende interviews en verkregen data.

Tijdens het eigenlijke codeerproces werd een opsomming van alle concepten gemaakt. Daarna werden de interviews opnieuw gelezen, waarbij elke relevante passage werd gekoppeld aan een van de eerder bekomen concepten. Vervolgens werden de citaten verbonden aan elk concept geanalyseerd. Hieruit werd de essentiële verhaalstructuur geëxtraheerd. Tenslotte werden de bevindingen systematisch herschreven in antwoord op de onderzoeksvraag.

3 Resultaten

3.1 Kenmerken deelnemers en interviews

Er werden initieel 13 artsen gecontacteerd die werkzaam waren in de palliatieve zorg in de provincies Antwerpen en Limburg. Hiervan waren 8 artsen bereid deel te nemen aan een interview. De gecontacteerde artsen waren internisten, oncologen en huisartsen die allen werkzaam waren op een palliatieve eenheid en een huisarts die als LEIF-arts werkzaam was. Medische ervaring varieerde van 3 tot 45 jaar, met een gemiddelde van 26 jaar. Jaren werkzaam als assistent of als HAIO werden niet meegerekend. Interviews namen tussen 19 en 101 minuten in beslag, met een gemiddelde van 61 minuten. Na 7 interviews werd datasaturatie van copingmechanismen bereikt en werden geen bijkomende artsen gecontacteerd voor een interview.

3.2 Burn-out in palliatieve zorg?

Veel van de geïnterviewde artsen waren niet overtuigd dat artsen, werkzaam in palliatieve zorg, vatbaarder zijn voor burn-out dan artsen in andere disciplines van de geneeskunde. Hun standpunt over de prevalentie van burn-out bij andere zorgverleners in de palliatieve zorg werd niet behandeld. Een verschil kunnen maken voor de patiënt en diens familie in het laatste traject van het leven en tevens een bevoorrechte plaats kunnen innemen om de patiënt in deze eindfase te begeleiden werden als belonende aspecten van hun beroep beschouwd. Ook het kunnen bijdragen aan een comfortabele, vredevolle dood werd niet als een last gezien, maar gaf aanleiding tot een gevoel van professionele voldoening. Daartegenover werd meermaals aangehaald dat door de frequente slechtnieuwsgesprekken er weinig mentale rustpunten zijn in een werkdag in de palliatieve zorg. Dit werd als een belastende factor gezien. Een aantal artsen gaf aan niet zoveel hinder te ondervinden van de dagelijkse emotionele impact van het beroep, slechts een beperkt aantal casussen werd als dusdanig aangrijpend ervaren dat de emotionele impact hiervan langer dan gewoonlijk werd gevoeld. Dit hield in dat de artsen in hun vrije tijd nog aan de desbetreffende casus dachten of er ’s nachts van wakker lagen. Er werd een onderscheid gemaakt tussen geraakt worden door een situatie enerzijds en zodanig geëmotioneerd zijn dat je dat gevoel mee naar huis nam anderzijds. Verscheidene artsen gaven aan dat als je te betrokken raakt bij je patiënten, je het werk in de palliatieve zorg niet kan volhouden en je jezelf misschien zou moeten afvragen of je wel op de juiste plaats in de geneeskunde staat.

> *Arts 2 i.v.m. de hoge prevalentie van burn-out in de palliatieve zorg: “Daar verschiet ik van. Ik moet eerlijk zeggen dat ik daar nog niet van gehoord heb. Op dit ogenblik denk ik dat dat beperkt is.”*
>
> *Arts 3: “Ik denk dat als je in de palliatieve zorg staat en bij elk overlijden gaat er een familielid dood, dan kan je dat niet blijven doen. Ik doe dat niet. Ik zie te veel mensen overlijden, ik kan dat niet doen. En als de mensen vredig sterven, dat wil zeggen: ze hebben geen pijn, ze zijn rustig en de familie zegt: ‘Oké, het is goed geweest’, dan ga ik content naar huis.”*

3.3 Casuïstiek

Alle geïnterviewde artsen werden gevraagd of ze zich een casus uit hun carrière konden herinneren die hen emotioneel geraakt had. Uit alle interviews bleek dat er hier en daar toch casussen en/of patiënten waren die door de jaren heen in het geheugen van de arts gegrift waren geraakt, omdat deze hem/haar op een bepaalde manier aangegrepen hadden. Een arts gaf aan dat al zijn patiënten die overleden waren hem nog raakten, de andere artsen vermeldden dan weer een aantal patiënten die spontaan in hun gedachten opkwamen. De redenen, waarom een arts een bepaalde casus als voorbeeld aanhaalde, varieerden. Meermaals aangehaalde moeilijke situaties hadden betrekking op de jonge leeftijd van overleden patiënten.

> *Arts 2: "Maar dat was gewoon zo'n lief kind, hoe oud zo ze zijn geweest… 14-15 jaar? Zo heel de tijd van 'Doe ik het wel goed?'. En die lag dan in een steriele kamer, zo'n klein kamertje waar je alleen binnen mag met maskers en heel de boel, maar zoveel uur per dag enzoverder…"*

> *Arts 3: "Sorry, daar heb ik het nog altijd moeilijk mee. Dat kind is dus bij mij gestorven na een verkeersaccident, hij had een hersenbloeding en ik had op dat moment een boormachine moeten pakken en in zijn hoofd moeten boren. Maja, dat doe je niet eh. En die kleine is in mijn armen gestorven…"*

Een aantal artsen gaf bovendien aan dat een langdurige en/of goede band met patiënten, onafhankelijk van hun leeftijd, een bijkomend element was dat ervoor zorgde dat ze het moeilijker hadden met het overlijden van die persoon. Ook het behandelen en opvolgen van patiënten waarmee ze zichzelf identificeerden, werd als meer confronterend ervaren dan andere casussen.

> *Arts 1 i.v.m. een recente euthanasie: "Zij is rustig kunnen inslapen, maar gewoon die mevrouw zelf en dat die zo helemaal alleen is moeten sterven, buiten ik erbij en een verpleegster, dat heeft mij wel gepakt, ja. Het is niet zozeer de dood op zich, maar het zijn persoonlijke dingen en vooral uw relatie tot de patiënt die u het meest pakken, denk ik."*

> *Arts 8: "Dat is uiteindelijk in een palliatieve sedatie uitgemond, maar dat is heel zwaar geweest, ook om die familie te begeleiden, om die kinderen te begeleiden en op te vangen… Ja, dat zijn vooral casussen waar je je een stuk in hun leefwereld kunt inleven, die je voor jezelf ook het meest herkent."*

Een deel van de geïnterviewde artsen gaf tevens aan dat patiënten, waarbij men er niet in slaagde voldoende symptoomcontrole te verkrijgen, aanleiding konden geven tot een gevoel van falen. Hierdoor hadden deze casussen ook vaker een emotionele impact op de arts. Vaak konden deze casussen gesitueerd worden in het begin van de carrière van de betreffende arts, naarmate men meer ervaring verkreeg in de palliatieve zorg en in symptoomcontrole werden deze situaties als minder problematisch ervaren.

> *Arts 5 i.v.m. een casus met refractaire epilepsieaanvallen: "Dat was toen iets wat bij mij bleef hangen, omdat je het gevoel had van 'we hebben dat hier niet goed kunnen doen, we hebben dat gewoon niet genoeg in onze vingers, we weten niet hoe we dit moeten oplossen'."*

> *Arts 7: "Die vrouw was super gesloten, in die zin dat zij met haar ogen dicht lag als je op haar kamer kwam. En soms ook haar ogen helemaal niet opendeed. En als je haar aansprak, dan kwam er soms niks uit. Ik was niet in staat om daar een toegang tot te krijgen. Maar dat vond ik moeilijk, ja, dat ik daar geen contact mee kreeg. Terwijl ik dat normaal bijna altijd heb. Een soort falen, hé."*

Niet enkel patiëntgerelateerde factoren werden aangeduid als oorzaak van een mogelijk verhoogde belasting, ook moeilijkheden binnen het multidisciplinair team werden door verschillende artsen aangehaald. Dit kon gaan van patiënten die erg veel energie van het team opeisten tot interne conflicten tussen de verschillende teamleden.

> *Arts 6 i.v.m. een zeer claimende, psychiatrische patiënt: "Voor de verpleging en ook voor de vrijwilligers was het soms heel moeilijk omdat zij denken dat die mensen, die allemaal heel zwaar ziek zijn, alleen maar dankbaar kunnen zijn voor wat zij doen, en dat pakte dan even anders uit… Ze werden soms heel onbeleefd en onbeschoft behandeld."*

3.4 Copingmechanismen

De geïnterviewde artsen werden vervolgens gevraagd hoe ze reageerden op die aangrijpende situaties. Copingmechanismen werden conform de literatuur onderverdeeld in probleemgerichte en emotiegerichte strategieën.

3.4.1 Probleemgerichte copingmechanismen

3.4.1.1 Anticipatie

Enkele artsen gaven aan dat problemen kunnen geanticipeerd worden. Hiermee doelden ze zowel op problemen op de afdeling als op emotionele reacties bij de arts zelf. Problemen op de afdeling konden uiteenlopen van interne problemen binnen het multidisciplinair team tot specifieke problemen met bepaalde patiënten. Ze stelden dat men op voorhand eigenlijk zou moeten weten waaraan men begint. Er werd gesuggereerd dat als elk overlijden een emotionele reactie uitlokt, die je een tijd met je meedraagt, je het werk niet kan volhouden en je wellicht niet op je plaats zit in de palliatieve zorg. Een andere vorm van anticipatie bestond erin zich mentaal voor te bereiden op wat zou komen. Een arts gaf aan dat hij, door het zelf voorbereiden van de medicatie gebruikt bij een euthanasie, in staat was zichzelf mentaal schrap te zetten voor de emotionele investering die zou volgen.

> *Arts 2: "Ik denk dat de mensen in palliatieve zorg van zichzelf weten dat ze de job kunnen volhouden. En als je bij aanwerving van een nieuwe collega al problemen opmerkt, dan is het misschien beter om die niet aan te nemen en om hem/haar zo tegen zichzelf te beschermen. Dan kun je beter iets anders doen, iets dat je minder gaat aangrijpen."*

> *Arts 8 i.v.m. het uitvoeren van een euthanasie: "Ik weet van mezelf dat ik een bepaald stramien heb. Ik ga zelf de medicatie halen en ik trek zelf de medicatie op. De verpleging weet dit ook. Voor mij is dat even een moment rust, dat ik mezelf mentaal klaarmaak om die investering te doen in dat moment."*

3.4.1.2 Hulp vragen

Veel artsen gaven aan bij moeilijke situaties hulp te vragen aan collega's. Dit had meestal betrekking op de medisch-technische kant van de casussen, zoals bijvoorbeeld moeilijke symptoomcontrole. Ook ethische dillema's konden op deze manier besproken worden. De geïnterviewde artsen waren allemaal lid van een intervisiegroep. In deze groep kwamen zij af en toe samen en bespraken zij concrete praktijksituaties en werkproblemen. Deze

intervisiegroepen werden door de artsen vermeld als een uitgelezen gelegenheid om hulp te vragen. De intervisiegroepen werden als zeer behulpzaam ervaren.

> *Arts 1: "Ik zit al een jaar of 2-3 in een intervisiegroep en dat helpt wel. Dat is meer voor de moeilijke casussen, als je zo zegt van 'Ik weet het niet' of je afvraagt van 'Zou ik dat wel kunnen doen?'. Of wanneer je iets niet helemaal hebt kunnen oplossen, of dat je met jezelf ethisch niet helemaal in het reine bent, daarvoor dient die intervisie wel, vind ik."*

3.4.2 Emotiegerichte copingmechanismen

3.4.2.1 Afleiding

Een aantal artsen gaf aan dat zichzelf bezighouden met recreatieve, niet-werkgerelateerde activiteiten bijdroeg aan hun algemeen welbevinden. Deze activiteiten werden als een noodzakelijke tegenhanger van de emotionele belasting op het werk beschouwd. De aangehaalde activiteiten verschilden van arts tot arts en varieerden van reizen, lezen, sporten, het onderhouden van een actief sociaal leven, zingen, schrijven tot lezingen geven enzoverder. Er werd niet altijd actief gezocht naar afleiding, maar het werd eerder gezien als een onbewust proces dat helpt om de balans niet te doen omslaan in de richting van burn-out. Hier en daar werd wel actief sport opgezocht als een soort van uitlaatklep om stoom af te laten. Er werd niet enkel buiten de werkomgeving ontspanning gezocht. Een arts gaf tevens aan tijdens de werkdag af en toe op zoek te gaan naar een kort moment van afleiding.

> *Arts 5: "Ik heb dat altijd belangrijk gevonden dat je ook totaal andere zaken kunt doen, dat je kan gaan fietsen, een boek lezen, weet ik veel, zaken die je graag doet. Goed gaan eten, een glas te veel drinken (lacht). Je moet een tegengewicht hebben voor dat werk. En dat mogen best wel wat lichtzinnige dingen zijn, daar is niks op tegen eh. Dat is een beetje mijn filosofie."*

> *Arts 7: "Maar je moet IETS doen. Iets kleins, iets wat je kan doen. Bij mij is dat mijn bureau opkuisen. Of ik ga 10 minuten siësta houden in mijn relax. Ik heb ontdekt dat ik in mijn relax kan gaan liggen, ik sluit de deur, ik doe de gordijnen dicht en na 10 minuten word ik snurkend wakker (lacht). En dan kan ik weer voort."*

> *Arts 8: "Ik en mijn vrouw, wij thaiboksen hé (lacht). Zalig! Een aanrader! Allé, niet op elkaar, maar dat helpt enorm. Dat geeft meer focus, meer rust. Je kan bepaalde dagen hebben, dat je een offday hebt en dan helpt het voor mij dat ik eens stoom kan aflaten en dat geeft mij dan frisse moed, een frisse geest om er de dag nadien terug tegen aan te gaan."*

3.4.2.2 Genotsmiddelen

Alcohol werd vooral in sociale omstandigheden gedronken. Artsen neigden niet naar het nuttigen van een glas alcohol om met stressvolle situaties om te gaan. Een arts haalde wel aan dat een glas alcohol na een zware dag soms kon helpen om de scherpe kantjes eraf te halen. Bij de ondervraagde artsen zocht niemand zijn of haar toevlucht in roken of in druggebruik.

> *Arts 2: "Een glas alcohol, ja dat drink ik wel eens graag, maar niet als oplossing... Ik zal niet zoals in de films in de sterke drank duiken, dat is niet aan mij besteed. Een glas wijn of een Duvel, dat gebeurt omdat ik het graag drink, niet als bliksemafleider of als uitlaatklep."*

> *Arts 8: "Een glas alcohol, ik moet eerlijk zijn, bij mijn vrouw meer dan bij mij, dat de drempel om naar een glas te grijpen, lager ligt dan op andere dagen. 't Is niet dat we dagelijks drinken, dat niet. Maar als*

je eens een dag hebt van 'pfff', om dan een glas alcohol te pakken om die scherpe kantjes eraf te halen, dat gebeurt."

3.4.2.3 Humor

Humor is een techniek die wordt gebruikt om spanning te verlichten. Het is een oppervlakkige, spontane manier om stressvolle situaties te hanteren en lijkt op korte termijn een nuttig copingmechanisme. Het werd door enkele artsen vermeld. Er werden geen grappen voorbereid voor moeilijke situaties, maar humor zorgde wel voor een lichte, eigenhandige manier om met moeilijke of beangstigende onderwerpen om te gaan. Een humoristische insteek werd gezien als iets dat de sfeer erin houdt op de afdeling en als iets dat moed geeft om door te blijven gaan. Verrassend genoeg leek er veel humor aanwezig te zijn op de palliatieve afdelingen, in tegenstelling tot wat men intuïtief misschien zou denken.

Arts 4: "Pas op, dat is zo 'n oneliner die je nog veel terugvindt, een professor eind jaren '60, werkzaam op wat nu de dienst oncologie heet, zei: 'Er wordt nergens zoveel gelachen als bij ons op de gang van de baxters geven', dus oncologie eh. En dat is waar ook. Die patiënten daar, het verplegend personeel en alleman zei: 'Anders hou je dat niet vol'."

3.4.2.4 Sociale steun

De geïnterviewde artsen ervaarden voldoening in de mogelijkheid om de emotionele impact van hun job te delen met hun collega's of met andere leden van het multidisciplinair team. Vertrouwen op anderen werd niet gezien als een zwakte, maar als een basis voor emotionele stabiliteit. Ook formele systemen op de afdeling zoals nabesprekingen, maandelijkse vergaderingen en georganiseerde herdenkingen van patiënten waren behulpzaam bij het verwerkingsproces.

Arts 3: "Als je een goed team hebt dat op elkaar is ingespeeld, dan is dat gigantisch veel waard. En 'ingespeeld zijn' wil zeggen dat je eerlijk bent tegenover elkaar, dat je open bent, dat je durft ventileren, dat je weet dat je niet uitgelachen wordt. Er zijn een aantal verpleegkundigen waar ik iets aan heb als ik met een probleem zit. Ik heb het geluk dat ik een ongelooflijk goed team heb. En dat is waarschijnlijk de reden dat ik zo weinig moet meepakken naar huis."

Arts 6: "Zo'n probleem dat ontstaat stilaan, dat is niet van bij het begin een probleem. Dan merk je dat je daar stilaan meer over spreekt en met elkaar over spreekt. En dan vragen we wel of de psychologe van het palliatief supportteam, die ook psychologe is voor de eenheid, erbij. Die analyseert de situatie mee en zet alles in perspectief, dat is al nuttig gebleken."

Arts 7: "Volgende week hebben wij hier een 'bemoedigingsmoment'. Dan worden alle familieleden uitgenodigd van mensen die hier de afgelopen maanden overleden zijn. Over elke patiënt wordt een 'bemoedigende paragraaf' geschreven. En dan worden die avond, terwijl de tafels mooi versierd zijn, die verhalen verteld. En dan wordt er wat muziek gespeeld. En ik doe nog een woordje. Dat zijn belangrijke dingen, omdat je reviseert, omdat je terugblikt."

De intervisiegroepen werden meermaals aangehaald als ondersteunende factor. In deze groepen was er, naast ruimte voor vragen en advies in verband met de medisch-technische aspecten van het beroep, ook plaats om te ventileren en het werd als een voordeel gezien om met collega's te kunnen spreken die gelijkaardige ervaringen hadden en zich bijgevolg beter konden inleven in de situatie dan mensen die niet in het vak staan.

Arts 5: "Die intervisie als je dat bekijkt, dat is veel waardevoller dan welke navorming dan ook, omdat je daar dat soort dingen bespreekt in een omgeving van artsen die een beetje in dezelfde situatie zitten, die ook met dat terrein voeling hebben. Waar je ook wel uw ei kwijt kunt, waar je je ook wel kunt laten zien met uw kwetsbare kant in dat beroep en dat helpt heel veel."

Arts 6: "Wij kwamen dan bijeen en bespraken dan bepaalde situaties. En dan merkte je wel dat je dan je persoonlijke veiligheidsgrenzen durfde doorbreken en dat je over dingen durfde spreken die je zelf moeilijk vond."

Over de noodzaak aan ventilatie in de thuissituatie waren de meningen eerder verdeeld. Een deel van de geïnterviewde artsen kon bij de partner terecht om te ventileren of voor emotionele ondersteuning, een ander deel van de artsen probeerde net zoveel mogelijk afstand te houden tussen hun werk- en privéleven.

Arts 1: "Thuis mijn geliefde eens goed knuffelen eigenlijk, ja. Je kan het niet met hem bespreken, maar een keer knuffelen… Ik denk wel dat een goeie thuis hebben, een goed gezin hebben, ook al kun je daar die problemen niet mee bespreken, maar thuis kunnen komen en iemand hebben die je graag ziet, ik zou niet weten hoe je het anders volhoudt."

Arts 4: "Ik heb samen met mijn vrouw van in het begin afspraken gemaakt. Daarom heb ik in het begin als ik bouwde, de praktijk ook los van het huis gezet, dat als ik samen ben met mijn vrouw en later ook met de kinderen, dat er niet over de praktijk gesproken zou worden. Ik denk dat het belangrijk is dat thuis, thuis is."

Verscheidene artsen beschouwden dankbaarheid van de patiënt en diens familie als een extra ondersteunende factor. Vaak was dit motiverend geweest om toch te blijven verder werken, voornamelijk in het begin van hun carrière.

Arts 3: "In de beginjaren van de euthanasie, bij de eerste euthanasies die uitgevoerd werden, dan heeft de familie mij altijd expliciet bedankt voor wat ik gedaan had. En dat is in de beginjaren voor mij wel een belangrijke motivator geweest, als je dat zo mag zeggen, om te zeggen 'we doen er mee voort'."

Arts 4: "Het is vooral de respons die u rechthoudt. Anders kan je dat niet blijven doen eh. Dat je zelf steun krijgt eh. Je moet ondersteund worden als arts, want je bent ook maar een mens."

Arts 5: "Dat doet toch wel plezier, dat raakt u ook als mensen u bijvoorbeeld eens een keer vastpakken, dat gebeurt eh. En dat doet plezier, want dan ervaar je wel dat je niet de enige bent die zelf ervaart hoe dicht bij je er staat, maar dat het gevoel andersom ook zo is."

3.4.2.5 Vermijden

Het vermijden van moeilijke situaties was iets dat algemeen niet gedaan werd. Een arts kon zich wel een heel moeilijke casus herinneren waarin hij geneigd was geweest om de betreffende patiënt te vermijden, maar dit was voor hem ook hoogst uitzonderlijk. Een aantal artsen suggereerden ook dat 'bezig blijven' een manier was om met onthutsende situaties om te gaan. Daarnaast werd verschillende keren aangehaald dat het meer en meer noodzakelijk wordt jezelf in te dekken als arts. Dit ten gevolge van de toenemende juridische stappen die naar artsen toe genomen worden.

Arts 4: "Ja, voortdoen eh... Want dan zit je weer met het volgende probleem. Je bent met heel veel dingen tegelijk bezig, dan is het weer dit en dan weer dat."

Arts 7: "Maar er zijn toch een aantal weken geweest waar ik het moeilijk vond, dat ik bij mezelf opmerkte dat ik er een beetje van wegliep. En dat ben ik niet gewoon. Binnenkomen en diep zuchten en blij zijn als je weer weg bent. Maar dat gebeurt heel weinig."

3.5 Noodzaak tot bijsturen van de opleiding?

In een afsluitende vraag werd bij de artsen gepolst wat zij vonden van de stelling 'Wie arts wil worden, moet een mens zien sterven', dit naar aanleiding van een artikel dat was verschenen in een Vlaamse krant in oktober 2017. Bijkomend werd nagegaan of zij een bijsturing van de opleiding geneeskunde inzake palliatieve zorg noodzakelijk vonden.

Artsen vonden dat er meer aandacht aan palliatieve zorg besteed zou moeten worden in de basisopleiding. Het meest interessante leek hen een stage op een palliatieve eenheid, maar ook lessen rond het stervensproces en stervensbegeleiding werden als nuttig beschouwd. Hierdoor zouden studenten geneeskunde een betere basiskennis omtrent de laatste levensfase en palliatieve zorg verkrijgen en zou in de toekomst therapeutische hardnekkigheid kunnen voorkomen worden. Ook lessen rond zelfzorg en communicatie werden aangehaald als een belangrijke basis om op verder te bouwen tijdens je carrière. Over het al dan niet verplicht zijn van deze lessen en stages waren de meningen verdeeld. Een deel van de artsen vond dat dit zeker verplicht moest worden, anderen vonden dan weer dat het optioneel zou moeten aangeboden worden.

Arts 5: "Ik vind het gebrek aan opleiding van jonge artsen in zake palliatieve zorg en levenseinde zorg een echte schande. Dat vind ik iets zeggen over de hybris van de geneeskunde waarin ze nog altijd vasthangen in dat curatieve. Terwijl de realiteit is dat dat een belangrijk stuk van ons werk is, of je dat nu graag hebt of niet, en dat de manier waarop je daarmee omgaat toch voor een stuk gestoeld zou moeten zijn op opleiding."

Arts 6: "Ik denk wel dat je dat meemaakt in stages, maar of je dat verplicht moet maken, dat is iets anders. Maar we moeten leren dat het niet altijd beter is om een langer leven te geven, maar wel om een beter leven te geven."

Arts 8: "Als je als arts afstudeert, dan komt er al een hele boterham op je af. Er komt heel wat bij kijken waar je niet voor opgeleid wordt. De opleiding nu is nog altijd heel theoretisch. Ik ben blij dat wij hier in Antwerpen een groot stuk educatie en zelfzorg hebben gehad waarbij ik tijdens de lessen dikwijls een gevoel had van 'Ja, dat zal wel...', maar dat je wel leert om bij bepaalde dingen toch stil te staan. Zeker wat communicatie betreft: dat is heel zinvol geweest."

4 Discussie

4.1 Samenvatting van de resultaten en vergelijking met de bestaande literatuur

Het doel van deze studie was na te gaan welke copingmechanismen artsen in palliatieve zorg hanteren wanneer zij geconfronteerd worden met aangrijpende situaties. Er werden verschillende reacties beschreven die conform de literatuur onderverdeeld werden in probleemgerichte en emotiegerichte copingmechanismen (3,6). Het anticiperen van problemen en het vragen van hulp behoorden tot de probleemgerichte strategieën en werden door diverse artsen vermeld. Anticipatie van problemen bestond erin enerzijds moeilijkheden op de afdeling en anderzijds persoonlijke moeilijkheden bij de arts zelf te voorzien en daardoor te voorkomen. Hulp werd vooral gevraagd aan collega's op de afdeling en aan collega's in de intervisiegroepen. Het kunnen terugvallen op collega's voor professioneel advies werd ook in de literatuur teruggevonden als een belangrijk copingmechanisme bij de preventie van burn-out (20). Verder werden voornamelijk emotiegerichte strategieën ter sprake gebracht. Het zoeken van afleiding en het gebruik van humor werden door enkele artsen aangehaald als manieren om met aangrijpende situaties om te gaan. Studies bevestigen bovendien dat een bron van afleiding noodzakelijk is voor het welbevinden van artsen in de palliatieve setting (20,21). Het zoeken van sociale steun werd veelvuldig genoemd en leek bijgevolg een belangrijk copingmechanisme. In een studie werd aangetoond dat artsen verkiezen om met collega's te praten over emotioneel moeilijke situaties in plaats van met vrienden of familie (20). Collega's genoten de voorkeur omdat zij werden geacht zich beter te kunnen inleven, gezien zij vergelijkbare situaties tegenkomen. In deze studie werden gelijkaardige resultaten bekomen. Sociale steun werd vooral gezocht bij collega's op de afdeling en bij collega's in de intervisiegroepen. Ook de andere leden van het multidisciplinair team werden frequent vermeld als bron van steun en toeverlaat. Door enkele artsen werd steun gezocht bij de partner thuis, terwijl een ander deel van de artsen eerder een strikte scheiding van hun werk- en privéleven wenste. In de literatuur werden vergelijkbare resultaten beschreven (20,22,23). Dankbaarheid van de patiënt en diens familie werd in de huidige literatuur aangeduid als een belangrijk copingmechanisme in de preventie van burn-out (11,12). Dit wordt bevestigd door de resultaten van dit onderzoek: dankbaarheid was een factor die bijdroeg aan het algemeen welbevinden van de artsen. Het gebruik van genotsmiddelen en het vermijden van moeilijke situaties waren copingmechanismen die slechts door enkele artsen vermeld werden. Deze artsen gaven tevens aan dat deze reacties eerder exceptioneel waren. 'Bezig blijven' was iets dat wel meermaals vermeld werd als reactie op aangrijpende situaties. Dit copingmechanisme werd in een ander onderzoek ook teruggevonden (22).

Volgens een Amerikaanse studie lopen zorgverleners, werkzaam in de palliatieve zorg, meer risico op het ontwikkelen van burn-out (10). Deze studie maakt echter geen onderscheid tussen de prevalentie van burn-out bij artsen en de prevalentie van burn-out bij andere leden van het multidisciplinair team. De geïnterviewde artsen waren niet overtuigd dat zij

vatbaarder zouden zijn voor burn-out dan artsen in andere disciplines van de geneeskunde. Deze gegevens werden bevestigd door studies, die specifiek de prevalentie van burn-out bij artsen in de palliatieve zorg onderzochten (24,25). Mogelijke verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn dat artsen met een beter mentaal welzijn kiezen om in palliatieve zorg te werken en dat de aanpak en cultuur in de palliatieve setting beschermend werkt tegen de door artsen in andere specialiteiten ervaren stress. (26)

Er werd wel door verschillende artsen aangevoerd dat de frequente slechtnieuwsgesprekken zorgen voor weinig mentale rustpunten, wat hun beroep meer belastend maakt. Dit werd ook gevonden in de literatuur (11). Artsen gaven desondanks aan veel professionele voldoening te vinden in hun job. Het kunnen bijdragen aan een comfortabel overlijden en de intense, bevoorrechte positie die zij mogen innemen in het leven van de patiënten en hun families gaven aanleiding een gevoel van tevredenheid. Dit stemt tevens overeen met gegevens gevonden in de literatuur (11,15,16,20).

Iedere arts kon zich wel een of meerdere casussen herinneren waardoor hij/zij geraakt was geweest gedurende zijn/haar loopbaan. Casussen die aanleiding gaven tot een emotionele respons waren jonge patiënten die overleden, patiënten waarmee de arts een goede band had opgebouwd of waarmee de arts zichzelf kon identificeren, patiënten waarbij men onvoldoende symptoomcontrole kon bereiken en die bijgevolg aanleiding gaven tot een gevoel van falen en casussen waardoor problemen binnen het multidisciplinair team ontstonden (11-15). Deze casussen leidden echter bij niemand tot een verminderd functioneren. Een enkele arts gaf aan dat elk overlijden emotioneel moeilijk voor hem was.

4.2 Sterktes en zwaktes van de studie

Een van de sterktes van dit onderzoek is dat na 7 interviews datasaturatie bereikt werd. Datasaturatie hield in dat na 7 interviews geen nieuwe copingmechanismen meer genoemd werden. Ook de stapsgewijze analyse van de afgenomen interviews volgens de QUAGOL-methode is een meerwaarde voor dit onderzoek. De medische ervaring van de geïnterviewde artsen varieerde van 3 tot 45 jaar, waardoor er een grote diversiteit wat betreft ervaring bestond.

Zwaktes van deze studie zijn het kleine aantal geïnterviewde artsen, het overwicht van mannen en het ontbreken van een onafhankelijke analyse van de interviews door een tweede onderzoeker. Afgezien van een arts die reeds op pensioen was, waren de andere artsen nog werkzaam in de palliatieve setting. Overlevingsbias zou bijgevolg de resultaten kunnen beïnvloeden gezien de personen met burn-out palliatieve zorg al verlaten kunnen hebben. De inclusie van artsen die gestopt zijn met palliatieve geneeskunde zou waardevol kunnen blijken om beter te begrijpen waar copingmechanismen gefaald hebben.

4.3 Implicaties voor praktijk en/of onderzoek

Deze studie draagt bij tot het begrijpen van de impact van het overlijden van patiënten op artsen, werkzaam in de palliatieve zorg. Uit de interviews blijkt dat deze artsen, die veelvuldig in contact komen met het overlijden van patiënten, situaties tegenkomen die hen emotioneel raken. Daarom is het belangrijk dat vaardigheden worden aangeleerd die helpen bij het vinden van een balans tussen enerzijds voldoende emotioneel betrokken zijn en anderzijds voldoende professioneel afstandelijk blijven. Er bestaan reeds gevalideerde methoden om zelfzorg en zelfbewustzijn te vergroten (27).

Uit dit onderzoek komt tevens naar voor dat artsen overtuigd zijn van de noodzaak tot bijsturing van de opleiding geneeskunde wat betreft palliatieve zorg. De geïnterviewde artsen waren van mening dat een stage op een palliatieve eenheid een belangrijke aanvulling zou zijn op de huidige basisopleiding. Ook lessen rond communicatie werden als nuttig beschouwd. Studies hebben bevestigd dat er op dit gebied nog onvoldoende training voorzien wordt (26,28). Er werd echter ook reeds aangetoond dat communicatieve vaardigheden kunnen onderwezen en aangeleerd worden (29,30). Verder onderzoek is noodzakelijk om hier meer informatie over te verwerven. Daarenboven zouden een aanvullend kwantitatief onderzoek naar copingmechanismen en een uitbreiding van het onderzoek naar andere provincies en andere medische specialismen in de toekomst bijkomend interessante data kunnen opleveren.

5 Besluit

Omgaan met het overlijden van patiënten is een emotionele ervaring voor artsen. In deze studie werd onderzocht welke copingmechanismen artsen, werkzaam in de palliatieve zorg, hanteren ter preventie van burn-out.

Geen van de geïnterviewde artsen was overtuigd dat er bij artsen in de palliatieve zorg meer sprake is van burn-out dan bij collega's in andere disciplines van de geneeskunde. Iedere arts kon zich wel een of meerdere casussen herinneren waardoor hij/zij emotioneel geraakt was geweest. Casussen die hiertoe aanleiding gaven waren onder andere jonge patiënten die overleden, patiënten waarmee de arts een goede band had opgebouwd of waarmee de arts zichzelf kon identificeren, patiënten waarbij men onvoldoende symptoomcontrole kon bereiken en casussen waardoor problemen binnen het multidisciplinair team ontstonden. Dit leidde echter bij niemand tot een verminderd functioneren.

Op casussen die wel een emotionele reactie teweegbrachten, werd uiteenlopend gereageerd, gaande van probleemgerichte strategieën zoals anticipatie van problemen en het vragen van hulp tot emotiegerichte strategieën zoals het zoeken van afleiding, het gebruik van humor en het zoeken van sociale steun. Sociale steun was iets wat veel artsen noodzakelijk vonden in het vermijden van burn-out. Het gebruik van genotsmiddelen en het vermijden van moeilijke situaties waren eerder exceptioneel aangewende copingmechanismen.

6 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 Dr. Franca Warmenhoven bedanken voor hun deskundige en enthousiaste begeleiding.

Vervolgens wil ik ook alle artsen die meegewerkt hebben aan de interviews bedanken. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ten slotte bedank ik graag nog volgende personen: mijn mama voor de hulp bij het woordelijk uittypen van de interviews en mijn vriend voor het nalezen van dit werk.

7 Bronnen

1. Freudenberger H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974, 30(1): 159–165.
2. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001, 52: 397-422.
3. Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behaviour 1980, 21(3): 219-239.
4. Eisenbarth C. Coping profiles and psychological distress: a cluster analysis. North American Journal of Psychology 2012, 14(3): 485-496.
5. Folkman S & Lazarus R. If it changes it must be a proces – study of emotion and coping during 3 stages of a college-examination. Journal of Personality and Social Psychology 1985, 48(1): 150-170.
6. Lazarus R & Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
7. Shanafelt T, Boone S, Tan L, Dyrbye L, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med 2012, 172(18): 1377-1385.
8. Prins J, Van der Heijden F, Hoekstra - Weebers J, Bakker A, Van De Wiel H, Jacobs B, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. Psychol Health Med 2009, 14(6): 654-666.
9. Williams E, Manwell L, Konrad T, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. Health Care Manage Rev 2007, 32(3): 203-212.
10. Kamal A, Bull J, Wolf S, Samsa G, Ast K, Swetz KM, et al. Burnout among palliative care clinicians in the United States: results of a national survey. J Clin Oncol 2014, 32(15): supplement.
11. Rokach A. Caring for those who care for the dying: Coping with the demands on palliative care workers. Palliative and Supportive Care 2005, 3(4): 325–332.
12. Redinbaugh E, Sullivan A, Block S, Gadmer N, Lakoma M, Mitchell A, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. BMJ 2003, 327(7408): 185-189.
13. Meier D, Back A, Morrison R. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA 2001, 286(23): 3007–3014.
14. Novack D, Suchman A, Clark W, Epstein R, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. JAMA 1997, 278(6): 502–509.
15. Horowitz C, Suckman A, Branch W, Frankel M. What Do Doctors Find Meaningful about Their Work? Ann Intern Med 2003, 138(9): 772–775.
16. Kearney M, Weininger R, Vachon M, Harrison R, Mount B. Self-care of physicians caring for patients at the end of life. "Being connected . . . A key to my survival". JAMA 2009, 301(11): 1155-1164.

17. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002, 136(5): 358–367.
18. Jansens S. De transitie van student naar huisarts in opleiding: de begeleiding van de palliatieve patiënt [Ongepubliceerd eindwerk]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2017.
19. 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.
20. Zambrano S, Chur-Hansen A, Crawford G. The experiences, coping mechanisms and impact of death and dying on palliative medicine specialists. Palliative and Supportive Care 2014, 12(4): 309–316.
21. Koh M, Chong P, Neo P, Ong Y, Yong W, Ong W, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. Palliative Medicine 2015, 29(7): 633–642.
22. Zambrano S, Chur-Hansen A, Crawford G. On the emotional connection of medical specialists dealing with death and dying: a qualitative study of oncologists, surgeons, intensive care specialists and palliative medicine specialists. BMJ Supportive & Palliative Care 2012, 2(3): 270–275.
23. Baider L & Wein S. Reality and fugues in physicians facing death: confrontation, coping, and adaptation at the bedside. Crit Rev Oncol Hematol 2001, 40(2): 97–103.
24. Dunwoodie D & Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. Internal Medicine Journal 2007, 37(10): 693–698.
25. Ramirez A, Graham J, Richards M, Cull A, Gregory W, Leaning M et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. BR J Cancer 1995, 71(6): 1263-1269.
26. Graham J, Ramirez A, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards M. Job stress and satisfaction among palliative physicians. Palliat Med 1996, 10(3): 185-194.
27. Sanchez-Reilly S, Morrison L, Carey E, Bernacki R, O'Neill L, Kapo J, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. J Support Oncol 2013, 11(2): 75–81.
28. Gilewski T. The art of medicine: teaching oncology fellows about the end of life. Crit Rev Oncol Hematol 2001, 40(2): 105–113.
29. Jenkins V & Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? J Clin Oncol 2002, 20(3): 765–769.
30. Back A, Arnold R, Tulsky J, Baile W, Fryer-Edwards K. Teaching communication skills to medical oncology fellows. J Clin Oncol 2003, 21(12): 2433–2436.

8 Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

1. Burn-out is een begrip dat de laatste jaren meer en meer gebruikt wordt. Wat verstaat u onder burn-out?
2. Volgens een Amerikaanse studie zijn zorgverleners, werkzaam in de palliatieve zorg, meer vatbaar voor burn-out. Hoe komt dat denkt u? Klopt dit voor Vlaamse artsen, werkzaam in de palliatieve eenheden?
3. Zou u zich een situatie of casus i.v.m. het overlijden van een patiënt voor de geest kunnen halen waarin u het emotioneel moeilijk had?
4. Wat maakte deze situatie/casus precies zo moeilijk?
5. Wat hebt u gedaan om met deze situatie om te gaan? Hoe hebt u gereageerd?
6. Wat heeft u uit deze casus geleerd?
7. Onlangs stond er een artikel in De Standaard: 'Wie arts wil worden, moet een mens zien sterven'. Daarin vindt de Academie voor Geneeskunde het onaanvaardbaar dat artsen vandaag kunnen afstuderen zonder ooit een patiënt te hebben zien sterven. Wat denkt u daarvan? Is er volgens u nood aan het bijsturen van de opleiding geneeskunde? Zo ja, wat zou er veranderd kunnen worden?

Bijlage 2: Protocol ethische commissie

E-learning module rond palliatieve zorg

Achtergrond:

Palliatieve zorg vormt een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Toch bestaat er zowel bij artsen als studenten geneeskunde onzekerheid omtrent hun competenties op dit gebied. (1) Dit gegeven benadrukt de noodzaak van een grondige voorbereiding tijdens de basisopleiding.

In deze thesis wil ik een literatuurstudie uitvoeren naar de copingsmechanismen die gebruikt worden door artsen die frequent, d.i. op zijn minst deeltijds, geconfronteerd worden met het overlijden van patiënten.

Het is de bedoeling om samen met enkele collega-HAIO's een e-learningmodule rond palliatieve zorg te ontwikkelen die gebruikt kan worden in de **opleiding huisartsgeneeskunde.**

Vraagstelling:

Welke copingstrategieën hanteren artsen werkzaam in palliatieve units in ziekenhuizen bij het levenseinde van patiënten ter preventie van burn-out?

Methodologie:

Deel 1: literatuurstudie
Er zal een literatuurstudie worden verricht naar kwalitatieve studies i.v.m. gehanteerde copingstrategieën bij specialisten die voltijds of deeltijds werkzaam zijn in palliatieve units in ziekenhuizen.

Deel 2: ontwikkeling van een e-learningmodule
De online e-learningmodule zal worden opgesteld aan de hand van het Sofia platform. Deze zal bestaan uit verschillende deelmodules waarin de 4 grote dimensies volgens WHO van palliatieve zorg zullen vervat zijn (pijn & symptoomcontrole; psychologische dimensie; sociale dimensie en spirituele dimensie). Mijn focus zal gericht zijn op de psychologische dimensie, en meer in het bijzonder: zelfzorg bij de arts.

We willen casusgericht werken en over het verloop van de module de complexiteit van de casussen verhogen. Op cruciale momenten willen we dieper ingaan op bepaalde topics om meer gedetailleerde achtergrondinformatie over te brengen naar de gebruikers. De doelgroep zijn HAIO's.

Referenties:

Mitchell GK. How well do general practioners deliver palliative care? A systematic review. Palliat Med, 2002;16(6):457-64.

Uw registratienummer is: mp19432

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "E-learning tool rond palliatieve zorg" (mp19372)

BEANTWOORDEN ALLEN BEANTWOORDEN DOORSTUREN

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

Markeren als ongeleze

wo 22/03/2017 19:54

Postvak IN

Aan: Eline Van Rompaey; Joanna Linssen; Frederik Kao; Matthias Veryser; Mieke Vermandere;

CC: Yannick Berghmans;

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 "E-learning tool rond palliatieve zorg" 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 "E-learning tool rond palliatieve zorg" 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.)