Een korte aandachtstraining bij huisartsen in opleiding

Joosje Molenaar, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: dr. Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen

Begeleider: dr. Luc Debaene

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

Abstract

Inleiding

Er is de laatste jaren meer aandacht voor het mentale welzijn van artsen en andere gezondheidswerkers. Dit blijkt niet overbodig te zijn, aangezien de prevalentiecijfers van burn-out bij artsen (in spe) van alle leeftijden hoger liggen dan bij hoogopgeleide leeftijdsgenoten binnen andere sectoren. Ook zien we meer depressie en suïcide bij artsen. Dit heft een grote impact op het individu, maar gaat ook ten koste van patiëntenzorg, met meer fouten en meer onprofessioneel gedrag. Bovendien is er wereldwijd artsentekort in de eerste lijn, met moeilijkheden in de rekrutering en het vasthouden van artsen.

De geïdentificeerde geassocieerde factoren zijn zeer uiteenlopen en kunnen we onderverdelen in 3 groepen; individuele factoren, intrinsieke factoren inherent aan het uitoefenen van geneeskunde en extrinsieke factoren te maken hebbend met organisatie en werkomgeving. Ook zijn er risicofactoren binnen de opleiding. Zowel jonge, als meer ervaren artsen blijken bovendien op een ongezonde manier om te gaan met hun eigen gezondheid en welzijn.

Er is vanuit verschillende hoeken reeds een hele resem aan mogelijke maatregelen geopperd, die aansluiten bij de verschillende risicofactoren. Een van de geopperde maatregelen is het inzetten op stressmanagement en bewustwording, door bijvoorbeeld mindfulness. Mindfulness blijkt waardevol te zijn in het omgaan met stress, depressieve symptomen, angst en pijn. Ook op het welzijn van artsen en zorgverleners is er evidentie voor de zin van mindfulness. Ook is er onderzoek dat suggereert dat het patiëntenzorg ten goede zou komen. Een potentiële impact op klinisch functioneren wordt gesuggereerd, doch dient verder te worden onderzocht.

Onderzoeksvraag

Naar analogie van een project dat in de derde bachelor van de Universiteit Antwerpen wordt toegepast, wensen we met deze masterproef met een open blik te exploreren wat een korte aandachtstraininginterventie zou kunnen opleveren bij HAIO's (huisartsen in opleiding). We wensen ten eerste kijken naar de haalbaarheid ervan; ervaren HAIO's dit als haalbaar of niet en waarom? Daarnaast wensen we na te gaan wat de impact is op werkbeleving, het arts-patiënt-contact en het klinisch functioneren van de HAIO.

Methode

In 6 seminariegroepen werd een inleidende sessie gegeven waarin kennis werd gemaakt met het belang van aandacht, waarin een korte geleide meditatie werd gedaan en waarin tot slot het onderzoek werd voorgesteld. Vervolgens gingen de deelnemers 3 maanden aan de slag met een korte geluidsopname; '3 minuten ademruimte'. Ze werden geïnstrueerd de opname verschillende malen per week de beluisteren, bij voorkeur tijdens de werkdag. Ze kregen wekelijks een herinneringsmail. Daarin stond ook de link van het logboek, dat ze wekelijks dienden in te vullen. Na de 3 maanden volgden focusgroepen ter evaluatie van de interventie.

Resultaten

Van de 35 oorspronkelijk deelnemende HAIO's vulden er 25 minstens één keer het logboek in. In totaal werd het logboek weinig ingevuld, en de training slechts in een minderheid van de gevallen regelmatig te worden toegepast. De aandachtstraining blijkt dus moeilijk haalbaar. Dit wordt bevestigd in de focusgroepen. De belangrijkste opgegeven redenen zijn; het vergeten en geen tijd hebben. Dit, ondanks dat ze er het nut van inzien, zeggen het nodig te hebben en de training niet te lang vinden. HAIO's geven aan het erg moeilijk in de praktijk de keuze te maken, een moment voor zichzelf te nemen bijvoorbeeld in de vorm van de aandachtstraining. De belangrijkste onderliggende redenen hiervoor blijken de cultuur op de werkvloer te zijn met zijn impliciete verwachtingen, evenals een gebrek aan aandacht voor zelfzorg binnen de opleiding geneeskunde.

Indien de training wel werd toegepast, ervoeren de HAIO's meer rust, hielp de training te relativeren en maakte het de HAIO bewuster van het eigen lichaam en van zijn/haar grenzen. Ook werd er meer concentratie en meer aandacht ervaren, onder andere voor de patiënt. Een effect op klinisch functioneren was twijfelachtig. De HAIO's wensen meer aandacht voor zelfzorg binnen het curriculum en stellen een pakket voor, met onder andere een vorm van mindfulness, waarin de student zelf zijn weg kan zoeken.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat, hoewel een aandachtstraining zeer veelbelovende resultaten sorteert, interventies als deze waarschijnlijk hun beoogde effect niet zullen hebben, zolang er geen werkklimaat is waarin aandacht voor zelfzorg aanvaard en normaal is.

HAIO's ervaren een behoefte aan handvatten en aan meer aandacht voor zelfzorg in de opleiding geneeskunde. De evolutie naar een curriculum waarin zelfzorg wordt gestimuleerd en handvatten worden aangereikt, lijkt dan ook, mits het kadert in een bredere waaier aan maatregelen, een veelbelovende eerste stap te zijn.

Inhoudstafel

Dankwoord 5

Inleiding en literatuurstudie 6

1 Arts en burn-out 6

2 De mentale problemen gaan verder dan burn-out 6

3 Maatschappelijk belang 7

4 Wat maakt de jonge arts vatbaar voor burn-out? 8

5 Arts en zelfzorg 9

6 Geopperde maatregelen 9

7 Mindfulness 10

8 Mindfulness in de medische praktijk/opleiding geneeskunde 11

9 Onderzoeksvraag 13

Methode 14

1 Literatuurstudie 14

2 Rekrutering 14

3 Inleidende sessie 14

4 Aandachtstraining 14

5 Data-verzameling 14

6 Data-analyse 15

Resultaten 16

1 Deelnemers 16

2 Haalbaarheid interventies 16

3 Belemmeringen 17

3.1 Tijdsdruk en werkbelasting 17

3.2 Uit het oog verloren 18

3.3 Praktijkinvloeden 18

3.4 Ongemakkelijkheid ten opzichte van collega's 18

3.5 Verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van het onderzoek 18

4 De moeilijke translatie naar de praktijk 19

4.1 Interesse in de aandachtstraining 19

4.2 De moeilijke vertaling naar de praktijk 19

4.3 De HAIO maakt niet gemakkelijk een prioriteit van rustmomenten 20

4.4 Geneeskunde; een cultuur die ten koste gaat van zelfzorg 20

4.5 Te weinig aandacht voor zelfzorg in de opleiding 22

5 Wijze van toepassen van de aandachtstraining 23

6 Hoe ervaren HAIO's de aandachtstraining? 24

6.1 (Werk)beleving 24

6.2 Arts-patiëntcontact 25
6.3 Klinisch functioneren 25
7 Is de HAIO's van plan er verder iets mee te doen? 29
8 Hoe zien HAIO's zelfzorg in de opleiding en de rol van een aandachtstraining? 30
8.1 Hoe zien ze de invulling ervan en op welk moment in het curriculum? 30
8.2 De vorm van de aandachtstraining 31
Discussie 35
1 Haalbaarheid 35
2 Effect van de aandachtstraining 36
3 Aanbevelingen van de HAIO voor het curriculum 37
4 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 38
5 Toekomstig onderzoek 39
Conclusie 40
Referenties 41
Bijlagen 43
Bijlage 1: Opzet inleidende sessie 43
Bijlage 2: Tekst geluidsopname '3 minuten ademruimte' 45
Bijlage 3: Logboek 46
Bijlage 4: Protocol focusgroepen 47
Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité 49

Dankwoord

In de periode dat er onderwerpen gekozen moesten worden voor de thesis, bevond ik mij halverwege het eerste HAIO-jaar en liep ik in het merendeel van de valkuilen die ten koste gaan van zelfzorg bij de HAIO. Dit leverde veel stress op, zowel geestelijk als lichamelijk. Ik had nog maar weinig draagkracht, laat staan werkplezier. Dit gold overigens niet enkel voor mij, maar ook voor verschillende van mijn jonge HAIO-collega's, voor de een meer dan bij de ander.
De praktijk waar ik mijn eerste HAIO-jaar vertoefde, stelde voor dat ik een praktijkverbeterend project zou doen rond het gebruik van protonpomp-inhibitoren (krachtige medicatie tegen maagzuur). Niet oninteressant vond ik, doch het idee daar anderhalf jaar mee bezig te moeten zijn, bezorgde mij een kleine knoop in de maag.

Veel liever wilde ik mij bezig houden met het welzijn van de HAIO. Dit behoeft geen verdere uitleg, lijkt me. Zo kwam ik terecht aan de keukentafel van Luc Debaene, die mij het project voorstelde zoals ze dat in de derde bachelor geneeskunde hebben geïmplementeerd; namelijk de korte aandachtstraining, gebaseerd op mindfulness. Ik was op dat moment nog geheel onbekend met mindfulness, maar het is onmogelijk niet enthousiast te worden als Luc begint te vertellen. En zo ontstond het huidige project, waarin ik de mogelijkheid vond actief mee te zoeken naar oplossingen.

Ik had op dat moment nog geen idee van de impact die dit thema zou hebben, in de eerste plaats op mij persoonlijk, maar ook op mijn directe omgeving, mijn patiënten en wie weet ook op een groep HAIO's...
Er is een wereld voor mij opengegaan! Ik heb in mindfulness en meditatie een tool gevonden die ik de rest van mijn leven verwacht te blijven gebruiken en waar ik het afgelopen jaar reeds de vruchten van heb geplukt, alleen al bij het schrijven van deze masterproef!

Ik wil dan ook in de eerste plaats jou bedanken, Luc! Niet enkel voor de deur die je hebt geopend, maar ook voor je bereidheid alle 6 de inleidingen te begeleiden, te notuleren bij de focusgroepen én mij te voorzien van de nodige feedback, dit alles op vrijwillige basis. Ik heb veel plezier gehad van onze samenwerking!
Daarnaast wil ik graag Prof. dr. Nele Michels en Prof. dr. Kris Van den Broeck bedanken voor de bereidheid mee te denken, te overleggen en voor de tips en de treffende feedback waarvan ze mij hebben voorzien gedurende het proces!

Verder ben ik Laetitia Vermander, mijn praktijkopleider en groot voorbeeld erg dankbaar voor haar luisterend oor en feedback. Ik heb genoten en veel profijt gehad van het sparren over dit onderwerp dat ons beiden nauw aan het hart ligt! Om van de nachtelijke feedback maar niet te spreken!
Maar ook Nathan Van Hoeck voor zijn grenzeloze ondersteuning, zijn geloof in mij en zelfs voor een beetje transcriptie-werk. Nathan, je bent een held!

En wie ik natuurlijk niet mag vergeten zijn mijn lieve ouders, zonder wie ik natuurlijk überhaupt nooit zover was gekomen!

Veel leesplezier!

"Alles wat je aandacht geeft, groeit."

\- Aristoteles -

Inleiding en literatuurstudie

Er is de laatste jaren, vanuit verschillende hoeken, meer aandacht voor het mentale welzijn van artsen en andere gezondheidswerkers. Dit wordt onder andere zichtbaar in de nieuwste versie van de deontologische code der artsen, gepubliceerd in mei 2018. Deze vervangt de voorgaande versie, daterend uit 1975.
Artikel 10 van het document, ondergebracht onder het hoofdstuk; 'professionaliteit', luidt als volgt:

- De arts heeft aandacht en zorg voor zijn eigen gezondheid.
- De arts streeft naar een evenwicht tussen zijn beroepsactiviteiten en zijn privéleven (1).

Deze verschuiving van de aandacht naar het welzijn van artsen blijkt geen overbodige luxe. Immers, als je er de literatuur op naslaat, lopen artsen een aanzienlijk verhoogd risisco op burnout en andere mentale problemen.

1. Arts en burn-out

Burn-out is een extreme vorm van langdurige psychische vermoeidheid ten gevolge van het uitgevoerde werk. Het is dus een werkgerelateerd syndroom dat gekenmerkt wordt door drie symptomen;

1) Emotionele uitputting; men is emotioneel en mentaal uitgeput; aan het einde van zijn/haar krachten; de energie is op.
2) Depersonalisatie; er ontstaat een afstandelijke en cynische houding ten aanzien van het werk en de mensen waarvoor men werkt.
3) Verminderde persoonlijke bekwaamheid; men heeft het gevoel onvoldoende competent te zijn om het werk naar behoren te kunnen uitvoeren (2).

In 2012, werd er reeds een multicentrisch rapport uitgebracht over burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen, onderzocht in 36 verschillende ziekenhuzen in België. Dit onderzoek werd uitgevoerd na alarmerende publicaties over de hoge prevalentie van burn-out bij deze beroepsgroepen, ten opzichte van andere beroepsgroepen (3). In het rapport wordt geschreven dat 5,4% van de deelnemende artsen met burn-out kampen en bovendien 17,8% van de deelnemend artsen een hoog risico heeft op het ontwikkelen van burn-out.

Dichter bij huis onderzocht Zahra Artrchine-kachi in 2015-2016 in haar ICHO-masterproef de prevalentie van burn-out bij huisartsen in opleiding. Volgens haar onderzoek voldoet 29,8% van de HAIO's aan de criteria voor burn-out (4).

De burn-out-cijfers bij studenten geneeskunde blijken zelfs nog alarmerender te zijn, nog voordat de toekomstig artsen daadwerkelijk met de praktijk in aanraking komen. Zo rapporteerde een recente meta-analyse over burn-out bij studenten geneeskunde een prevalentie van burn-out bij deze groep van 44,2% (5).

2. De mentale problemen gaan verder dan burn-out

De psychische problematiek bij artsen gaat echter verder dan enkel het verhoogde risico op burn-out. Een groot Amerikaans onderzoek naar de mentale problemen binnen de beroepsgroep, zowel in opleiding als reeds afgestudeerd, laat eveneens zien dat er in alle carrièrestadia een verhoogd risico op burn-out is in vergelijking met leeftijdsgenoten. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat met name geneeskundestudenten en artsen in hun specialisatiejaren meer symptomen van depressie vertonen dan een controlegroep van hoogopgeleiden van dezelfde leeftijd. Bij deze groepen was er bovendien sprake van veel vermoeidheid, ondanks de werkuren-restricties die sinds enkele jaren in de Verenigde Staten, maar met wisselend succes ook in veel andere landen, zijn ingevoerd. Uit het onderzoek blijkt overigens dat de beschreven mentale problemen het meest frequent voorkomen bij de artsen in hun specialisatiejaren (6, 7).

Dezelfde onderzoeksgroep toonde eveneens aan dat de hoge burn-out-cijfers bij studenten geneeskunde, samengaan met een toename in suïcide-ideaties, -plannen en -pogingen; 10% van de studenten geneeskunde zou te kampen hebben met suïcide-ideaties (8).

Ook volgens een meta-analyse naar suïcide bij artsen, hebben artsen een matig tot sterk verhoogd risico op suïcide in vergelijking met de algemene populatie, afhankelijk van het geslacht, waarbij vrouwen een veel hoger risico vertonen dan mannen (9).
Deze bevindingen komen in grote lijnen overeen met een systematic review uit 1996, die eveneens concludeert tot een matig verhoogd tot sterk verhoogd risico op suïcide bij artsen, met een sterk verhoogde suïcidefrequentie bij vrouwen (10). Onderzoek naar middelengebruik en -misbruik laat zien dat de cijfers ongeveer gelijkaardig zijn aan de cijfers in de algemene bevolking, waarbij er bij 6-8% van de artsen sprake is van middelenmisbruik en bij 14% van de artsen sprake van alcoholmisbruik. Ondanks het feit dat deze cijfers overeenkomen met die bij de algemene bevolking, is dit toch verontrustend gezien de verantwoordelijkheid die het beroep met zich meebrengt voor de gezondheid van anderen (11).
Het is dan ook niet erg verbazend dat 22% van de arts-assistenten een ander carrière pad zou kiezen, indien ze opnieuw zouden moeten kiezen (12).

3. Maatschappelijk belang

Het spreekt voor zich dat burn-out en de andere eerder genoemde mentale problemen een grote impact hebben op de arts (in opleiding) in kwestie en de directe omgeving. Doch er is ook een belangrijk maatschappelijk belang bij de (mentale) gezondheid van de arts. J. Wallace betoogde in 2009 dat het welzijn van de arts een voorwaarde is voor gezondheidszorg. van hoge kwaliteit (13).

Van burn-out is reeds lange tijd bekend dat het negatieve effecten heeft op het professioneel functioneren. Zo leidt het onder andere tot meer afwezigheid, meer plannen tot veranderen van baan en daadwerkelijk een groter verloop. Ook leidt het tot minder productiviteit en een verminderde efficiëntie (2).

Ook bij artsen zijn de negatieve effecten van burn-out op het professioneel functioneren uitgebreid beschreven.
Een studie van Fahrenkopf et al., laat bijvoorbeeld een toename in medicatiefouten zien, bij arts-assistenten met een depressie, in vergelijking met hun collega's zonder depressie. Naast de medicatiefouten rapporteerden arts-assistenten met depressie of burn-out in deze studie zelf bovendien ook meer fouten dan hun collega's. Een ander opvallend resultaat uit deze studie was dat bijna de helft van de depressieve arts-assistenten niet van hun depressie op de hoogte leek te zijn en slechts een klein deel behandeling kreeg (14).
In een recent groot multi-institutioneel, Amerikaans onderzoek, bij studenten geneeskunde werd aangetoond dat studenten die kampen met burn-out, zelf meer onprofessioneel gedrag rapporteren. Ondanks dat ze het gedrag erkenden als onprofessioneel en zich er schuldig over voelden, gaven ze aan meer te liegen over bijvoorbeeld onvolledig uitgevoerd klinisch onderzoek en vaker plagiaat te plegen. Bovendien gaven studenten met burn-out minder altruïstische opvattingen aan over de verantwoordelijkheid van de arts binnen de maatschappij (15).
Een andere studie naar het verband tussen burn-out bij arts-assistenten en zelf gerapporteerde suboptimale patiëntenzorg, beschrijft dat arts-assistenten met een burn-out twee tot drie keer vaker suboptimale patiëntenzorg rapporteren (16).
Volgens West et al. rapporteert gemiddeld een derde van de arts-assistenten inwendige geneeskunde gemiddeld minstens 1 grote medische fout gedurende hun opleiding. Deze fouten waren geassocieerd aan een toename in persoonlijke stress. Persoonlijke stress en een afname in empathie waren op hun beurt weer geassocieerd aan een verhoogde kans op het bij zichzelf waarnemen van fouten in de toekomst. Dit wijst erop dat zelf geobserveerde fouten en persoonlijke stress in een soort van vicieuze cirkel met elkaar verbonden zijn (17).

Bovendien zijn er, in het licht van het wereldwijde tekort aan artsen in de eerstelijnsgeneeskunde, nog andere belangrijke maatschappelijke consequenties van slechte (mentale) gezondheid van (huis)artsen met betrekking tot het rekruteren en het vasthouden van artsen. Waar er bijvoorbeeld in 2015 168 van de 308 Vlaamse gemeenten huisartsarm waren, zijn dat er in de periode van juni 2018 tot en met december 2019, 206. Huisartsarme regio's zijn regio's waar er minder dan 9 huisartsen zijn per 10000 inwoners zijn (18).

Dit is een situatie die niet uniek is voor Vlaanderen. Ook in Scandinavische landen; Finland en Zweden, in Litouwen, Australië en het Verenigd Koninkrijk blijken er tekorten aan artsen in de eerstelijn te zijn, die groter zijn dan het tekort aan ziekenhuisartsen (19). Verlies van artsen uit het werkveld wordt als een van de oorzaken van het tekort aan artsen beschreven, met name in landen waar er reeds een tekort heerst (20). Werkstress en de moeilijke balans tussen werk en privé worden beschreven als belangrijke oorzaken in de uitstroom van artsen uit het werkveld, met name voor vrouwen, waarbij vrouwen bovendien een steeds belangrijker deel uitmaken van het werkveld (20).

4. Wat maakt de jonge arts vatbaar voor burn-out?

Teneinde aanknopingspunten te vinden voor oplossingen voor de hierboven beschreven problematiek van burn-out en andere mentale problemen bij artsen, meer bepaald huisartsen, is het van belang de determinanten van burn-out bij deze beroepsgroep beter te begrijpen. Wat maakt deze beroepsgroep kwetsbaarder dan andere beroepsgroepen?

In de wetenschappelijke literatuur wordt een groot aantal factoren geïdentificeerd, die samenhangen met burn-out. Bij gebrek aan goede case control-studies of prospectief onderzoek, is het echter vooralsnog niet mogelijk te bepalen of er sprake is van risicofactoren, oorzaken of juist gevolgen van burn-out (21).

In 2011 publiceerde het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) een rapport van een onderzoek waarin gepoogd werd realistische voorstellen te formuleren, betreffende de aanpak en preventie van burn-out bij huisartsen.
In dit rapport worden 3 belangrijke categorieën van factoren genoemd, die samenhangen met burn-out:

1) Individuele factoren, waarbij het gaat om socio-demografische factoren van artsen, hun professionele loopbaan, psychologische kenmerken, gebruik van verslavende middelen, de manier waarop ze met stress omgaan en de sociale ondersteuning waarop ze al dan niet een beroep kunnen doen.
2) Intrinsieke factoren; deze hangen samen met het beoefenen van de geneeskunde, het stellen van de diagnose, de keuze van behandeling, het nemen van medische beslissingen en de factoren met betrekking tot beroepsstress.
3) Extrinsieke factoren; deze hangen samen met de organisatie en de werkomgeving van het beroep. Het gaat om factoren met betrekking tot werklast, het evenwicht tussen privé- en beroepsleven, permanente vorming, relaties met andere professionele zorgverleners, de organisatie en de locatie van de praktijk, financiële en juridische aspecten en tenslotte het gezondheidssysteem waarbinnen de huisarts functioneert.

In een ICHO-masterproef naar stress bij HAIO's en hoe daarmee wordt omgegaan, worden als belangrijkste stressoren genoemd; de veeleisendheid en onbeleefdheid van sommige patiënten, de grote werkbelasting en hoge tijdsdruk, de grote verantwoordelijkheid en de onregelmatige uren (22).
Een review van de stand van zaken betreffende literatuur rond burn-out bij studenten geneeskunde en arts-assistenten beschrijft onder andere zeer uitgebreid de gerelateerde factoren (23). Binnen de opleiding geneeskunde wordt onder andere het cijfersysteem genoemd. Een beoordelingssysteem met 3 of meer categorieën (voorbeelden daarvan zijn; A, B, C, D, E of een cijfer op 10 of 20 zoals in respectievelijk de Verenigde Staten, Nederland en België het geval is) is geassocieerd met bijna twee keer zoveel kans op het ontwikkelen van burn-out ten opzichte van een simpel dichotoom pass/fail-systeem. Verder wordt slechte samenwerking tussen studiegenoten gerelateerd aan burn-out. De hoeveelheid studie- en kliniekuren blijken echter bij studenten geneeskunde niet gelinkt te zijn aan burn-out.
Daarnaast is er een verband tussen een lagere tevredenheid van de leeromgeving, minder ondersteuning vanuit de faculteit, slechte organisatie van de stages, werken met cynische arts-assistenten en burn-out bij studenten geneeskunde.
Bij arts-assistenten wordt burn-out toegeschreven aan werklading en werkuren, hoewel de literatuur

hierover niet consistent is. Gelijkaardig als bij studenten geneeskunde wordt bij arts-assistent stressvolle relaties met supervisors, onvoldoende autonomie, de perceptie dat persoonlijke noden als onbelangrijk worden gezien en een gebrek aan tijdige feedback, gerelateerd aan burn-out. Wederkerig ondersteunend contact met supervisoren blijkt juist met minder hoge burn-out scores gepaard te gaan.
Hoewel leer- en werkomgeving belangrijker blijken te zijn als determinanten van burn-out, zijn er ook persoonlijke factoren die van invloed zijn. Persoonlijke eigenschappen en ervaringen beïnvloeden hoe werklading en ondersteuning worden gepercipieerd. Vrouwen lijken in sommige studies een hoger risico op burn-out te hebben. Verder hebben persoonlijke aanleg, sociale ondersteuning en coping-technieken in bepaalde mate een invloed op stress, waardoor het de kwetsbaarheid voor burn-out beïnvloedt. Tot slot zijn stressoren buiten geneeskunde van belang; belangrijke persoonlijke gebeurtenissen kunnen het risico op burn-out verhogen (23).

5. Arts en zelfzorg

Naast het erkennen van het probleem van burn-out bij artsen en het aanpakken van de mogelijke factoren, is het van belang dat artsen ook zelf bereid zijn zich in te zetten voor verandering, ondanks bestaande drempels (24). Artsen houden er bijvoorbeeld bijzondere copingsstrategieën op na wanneer ze zelf ziek worden.
Zoals reeds eerder aangehaald, bleek uit het onderzoek van Fahrenkopf et al. uit 2008 dat bijna de helft van de arts-assistenten met een depressie zich niet bewust leek te zijn van hun depressie en slechts een klein deel in behandeling was (14).
Artsen zijn geneigd hun persoonlijke noden, zoals slaap en eten opzij te zetten tijdens hun opleiding en het werk. Een voorbeeld van zelfopoffering door artsen is presenteïsme; het gaan werken, terwijl men ziek is, iets dat veel voorkomt bij zowel arts-assistenten als afgestudeerd artsen (25). Een onderzoek naar presenteïsme bij huisartsen laat zien dat dokters zich gedwongen voelen zich gezond voor te doen, ten opzichte van patiënten en collega's. Ongemakkelijkheid ten opzichte van ziekte bij zichzelf en ten opzichte van zelf patiënt zijn, blijkt de interpretatie van symptomen bij zichzelf, maar ook bij familieleden te beïnvloeden. Uit het onderzoek blijkt dat het gevoel van schaamte betreffende persoonlijke ziekte, een impact heeft op de mate waarin huisartsen zelf beroep doen op gezondheidszorg, hoe ze met leed van collega's omgaan, arbeidsongeschiktheid voor zichzelf overwegen evenals deelname aan screening.
Terughoudendheid in het toegeven van ziekte en de impact van afwezigheid op de werklading van collega's blijken de belangrijkste redenen te zijn waarom artsen gaan werken terwijl ze ziek zijn. Dit verantwoordelijkheidsgevoel naar collega's, maar ook naar patiënten maakt dat ze verder werken, terwijl ze niet hetzelfde van hun patiënten zouden verwachten (26).
Dit gedrag blijkt overigens hetzelfde te zijn voor jonge pas-afgestudeerde dokters als voor de artsen met meer ervaring. Een inmiddels enigszins gedateerde, doch zeer waardevolle studie naar ziektegedrag bij jonge artsen met een gemiddelde leeftijd van 25 jaar, legde hen verschillende scenario's voor om te onderzoeken hoe deze jonge artsen om zouden gaan met ziekte bij zichzelf. Uit deze studie lijkt dat jonge dokters zichzelf niet goed behandelen in geval van ziekte; ze blijven werken, schrijven medicatie voor, voor zichzelf en vragen collega's of vrienden hen te behandelen in plaats van voor een degelijke onafhankelijke consultatie te kiezen. Na een nacht overgeven zou 61% van de bevraagden gaan werken, bij vermoeden van een maagzweer 76%, bij ernstige angst 73% van de deelnemers en bij een toenemende afhankelijkheid aan alcohol 83% van de jonge artsen (27).

6. Geopperde maatregelen:

Gezien de grote hoeveelheid beschikbare literatuur over burn-out bij artsen, is er eveneens een zeer grote waaier aan voorgestelde maatregelen. Alleen het KCE al stelde in hun rapport over burn-out bij de huisarts een hele lijst met maatregelen voor om de huisarts te beschermen tegen burn-out (21). Zij verdelen hun adviezen aan de hand van een aantal actielijnen, namelijk;

1) Waardenconflicten neutraliseren; huisartsen ervaren namelijk een tweestrijd tussen het verlangen naar absolute toewijding enerzijds en ervaren daar anderzijds veel moeilijkheden bij. Het bespreekbaar maken van die

waardenconflicten en van het risico op brun-out is een belangrijkste stap.

2) Het evenwicht herstellen tussen de professionele verplichtingen en de individuele bescherming; door gezondheidszorg voor huisartsen te organiseren en de sociale bescherming te versterken.
3) Het gebrek aan steun van collega's verhelpen, door sociale weefsels tussen collega's te versterken, overleggroepen te creëren en zelfhulpgroepen uit te bouwen. Ook dient de ondersteuning van groepspraktijken te worden volgehouden.
4) Meer controle laten verwerven door de huisarts op zijn beroepsactiviteit, door time-management, herbekijken van verplaatsingen en opvoeden van patiënten.
5) Het gebrek aan erkenning van de huisartsgeneeskunde aanpakken en naar behoren honoreren.
6) Overbelasting vermijden; door artsen te ondersteunen bij het organiseren van een secretariaat, door administratie te vereenvoudigen, door georganiseerde wachtdiensten uit te werken en op te zetten en door artsen vanaf de opleiding te leren met stress om te gaan, bijvoorbeeld in de vorm van stressmanagement, relaxatie of mindfulness.

De adviezen uit een HuisartsNu-artikel over preventiestrategieën voor burn-out bij HAIO's, vanuit het oog van opleiders overlapt hier grotendeels mee, maar legt de nadruk op samenwerking met collega's, communicatie, overleg en evenwicht tussen werk en privé; time-management (28). Ook de adviezen voor HAIO's uit de masterproef van Katrijn de Troeyer, sluiten hier grotendeels bij aan. Wel voegt zij hier nog aan toe dat de opgelegde taken vanuit het ICHO moeten worden herbekeken, om de belasting van de HAIO te verminderen (22).

Ook Dyrbye et al. formuleren een aantal adviezen om burn-out bij studenten geneeskunde en arts-assistenten te voorkomen. Zij maken een onderscheid in persoonlijke strategieën voor de persoon in kwestie en organisatorische strategieën (23). Als persoonlijke strategieën noemen ze; investeren in hobbies of sport, een positieve attitude behouden en het voorkomen van een overlevingshouding, waarbij men maar door blijft gaan, ten koste van bijvoorbeeld slaap. Ook schrijven ze dat constructieve copingstrategieën van belang zijn en dat die deels ook aangeleerd kunnen worden. Verder raden ze mindfulness-training aan. Ook geven ze aan dat studenten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben in het opzoek gaan naar bijkomende ondersteuning op stressvolle ondersteuning, zoals bijvoorbeeld slecht nieuws brengen.

De organisatorische strategieën waar ze het over hebben, bevinden zich op vlak van het curriculum, screening en toegang tot zorg.

Zo geven ze ten eerste aan dat de concepten; zelfzorg, welzijn en veerkracht in het curriculum moeten worden geïmplementeerd. Ook zou het overschakelen naar een pass/fail-systeem een meerwaarde zijn, wat overigens geen negatieve invloed blijkt te hebben op de hoeveelheid vergaarde kennis. Ook zou het verkleinen van de studentengroep naar kleinere groepen stress, ansgt en depressie verminderen en zouden sociale activiteiten interpersoonlijke relaties en onderlinge ondersteuning bevorderen. Daarnaast geven ze aan dat het van belang is dat er aan secundaire preventie wordt gedaan, om burn-out broeg op te sporen en ernstige gevolgen te voorkomen. Tot slot zou het voor studenten en arts-assistenten makkelijker moeten worden gemaakt om hulp te zoeken; er moet een afwezigheidssysteem voor komen, zodat medische afspraken binnen de werkuren kunnen gebeuren en er moet laagdrempelig toegang zijn tot onafhankelijke psychologische ondersteuning.

7) <u>Mindfulness:</u>

Mindfulness wordt oorspronkelijk beschreven als een staat van mentale aanwezigheid, met een helder bewustzijn van interne en externe ervaringen, waaronder gedachten, sensaties, emoties, acties of omgevingen, zoals die zich op dat moment voordoen (29) .

Mindfulness wordt gedefinieerd als het intentioneel aandacht geven aan het huidige moment op niet-oordelende wijze (30).

Mindfulness, oorspronkelijk afkomstig uit boeddhistische praktijken en filosofie, werd voor het eerst in de westerse gezondheidszorg gebracht toen Jon Kabat-Zinn in 1979 mindfulness

integreerde in zijn behandeling van chronische pijn-patiënten, met een positief effect op pijn, negatief zelfbeeld en psychologische symptomen (31). Hij toonde aan dat mindfulness de manier waarop patiënten zich verhouden ten opzichte van hun pijn en de manier waarop ze die pijn ervaren, drastisch kan veranderen (29).

Vervolgens verspreidde zijn Mindfulness Based Stress Reduction-programma (MBSR) zich snel naar andere ziekenhuizen en voor andere gezondheidsproblemen.
Het traditionele MBSR-programma bestaat uit 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur met een stiltedag van 6 uur tussen de zesde en zevende sessie. De training bestaat uit trainingen zoals de body scan, yoga en zittende en wandelmeditaties. Deelnemers worden geïnstrueerd 45 minuten per dag mindfulness te beoefenen, 6 dagen per week. Bovendien worden ze aangemoedigd ook in hun dagelijks leven mindfulness te beoefenen en te integreren (30). In de loop van de decennia is de interesse in Mindfulness Based Programs (MBPs) enorm toegenomen en zijn er veel adaptaties gekomen op het programma, waaronder Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Er zijn inmiddels ook multipele andere programma's die gebruik maken van principes van mindfulness, waarbij echter de systematische en constante betraining van mindfulness meditatie niet meer centraal staat en die dus niet meer werkelijk gebaseerd zijn op mindfulness (32).

Waar mindfulness-interventies in eerste instantie werd toegepast voor de behandeling van chronische pijn, is er intussen een grote hoeveelheid literatuur betreffende de toepassing van mindfulness voor andere gezondheidsproblemen.
Een overzichtsartikel van reviews en meta-analyses door Gotink et al. beschrijft het effect van mindfulness op de verlichting van symptomen bij verschillende gezondheidsproblemen. Ze beschrijven dat mindfulness-gebaseerde programma's, chronische patiënten (met zowel somatische, als mentale ziekten) helpen met het omgaan met pijn, depressieve symptomen, angst en stress, met een verbetering van de levenskwaliteit. Ook blijkt uit deze meta-analyse dat mindfulness waardevol is in preventie, doordat het stress en andere psychopathologische symptomen vermindert die anders hadden kunnen ontaarden tot klinische aandoeningen (29).
Een eerdere meta-analyse van het effect van mindfulness-gebaseerde therapieën van Khoury et al. uit 2013, die 209 studies includeerde, kwam tot ongeveer dezelfde conclusie; mindfulness blijkt superieur te zijn in vergelijking met veel andere therapievormen, doch blijkt niet effectiever te zijn dan traditionele cognitieve gedragstherapie. Op mindfulness-gebaseerde therapieën (MBT) blijken overigens effectiever te zijn in de behandeling van psychologische aandoeningen, dan in de behandeling van fysieke aandoeningen, met name in de behandeling van angst en depressie waren er grote en klinisch relevante verschillen die ook behouden bleven in follow-up (33).

Er is inmiddels ook steeds meer onderzoek naar de wijze waarop mindfulness-gebaseerde interventies de mentale gezondheid verbeteren. Ze lijken positieve psychologische eigenschappen als meta-bewustzijn, mindfulness en zelf-compassie te bevorderen. Mindfulness wordt hierbij overigens geconceptualiseerd als een eigenschap met meerdere facetten gerelateerd aan innerlijke zelfwaarneming; gedachtes, percepties, sensaties en gevoelens.
Bovendien blijken ze negatieve gedachtepatronen en reacties, geassocieerd met psychopathologie te verminderen; zoals rumineren, zich zorgen maken, en emotionele reactiviteit. Bovendien zijn er aanwijzingen dat mindfulness-meditatie geassocieerd is aan neurale veranderingen (34).

8) <u>Mindfulness in de medische praktijk/opleiding:</u>

Ook bij zorgverleners en artsen in het bijzonder, lijken MBSR-programma's positieve resultaten te sorteren.
In 1998 publiceerden Shapiro et al. reeds een studie over de korte-termijn effecten van MBSR bij studenten geneeskunde. Deelname aan de interventie bleek zelf gerapporteerde angst te verminderen, evenals symptomen van psychologische aandoeningen, zoals depressie (35).
Een systematische review en meta-analyse van Burton et al. over het effect van MBI's (mindfulness-based interventions) op het verminderen van stress bij zorgverleners, geeft aan dat de resultaten zeer veelbelovend zijn, doch dat

de studies klein zijn en er dus meer onderzoek nodig is om deze resultaten te bevestigen (36).
Een systematische review van Daya en Hearn naar de impact van mindfulness op stress, depressie, burn-out en uitputting bij studenten geneeskunde, laat gemengde resultaten zien. 57% van de studies toont een significante vermindering in stress, 67% een significante vermindering in depressie en een derde van de studies vond een vermindering in burn-out (37). Gezien het beperkte onderzoek en veelbelovende resultaten in andere takken van de gezondheidszorg, concluderen de onderzoekers dat er vooral meer onderzoek nodig is.
Van Dijk et al. publiceerden een gerandomiseerd onderzoek, waarbij ze studenten geneeskunde tijdens hun stages een MBSR-programma lieten volgen en vergeleken met een controlegroep, eveneens in hun stages. In de follow-up van 20 maanden bleek er een kleine tot matige verbetering te zijn in de geestelijke gezondheid van de studenten die een MBSR-programma hadden gevolgd, bovendien bleek het haalbaar te zijn dit te implementeren in het curriculum van de Radboud Universiteit te Nijmegen (38).
Een gerandomiseerd onderzoek van Verweij et al. naar het effect van een MBSR-programma bij arts-assistenten, vindt geen algemene verbetering wat betreft emotionele uitputting, het kernelement van burn-out, doch suggereert dat er bij arts-assistenten met een grotere mate van emotionele uitputtig, wel een effect is. Bovendien vinden ze een toename in mindfulness-vaardigheden, een afname in bezorgdheid en meer zelf-compassie en relativeringsvermogen (39).
Tot slot concludeert een overzichtsartikel over de stand van zaken wat betreft mindfulness in het geneeskunde-onderwijs, dat dit lijkt te werken. De bewijsvoering is echter nog voornamelijk afkomstig van rapportage door studenten zelf, wat suggestief is, doch niet als sluitend bewijs beschouwd kan worden (40).
Hoewel deze resultaten al bij al dus nog enigszins voorzichtig dienen te worden geïnterpreteerd en er grootschaliger onderzoek nodig is, suggereert de actueel beschikbare literatuur dat mindfulness-interventies positieve effecten hebben en een verbetering van de mentale gezondheid van studenten geneeskunde en artsen in opleiding teweeg kan brengen.

Doch behalve de verbetering van de mentale gezondheid van deze jonge zorgverleners zouden de positieve effecten van op mindfulness gebaseerde interventies wel eens verder kunnen gaan dan dat. Epstein schreef in zijn artikel; 'Mindful practice' in 1999 reeds dat mindfulness gezien moet worden als een eigenschap van goede geneeskunde (41);

"Mindful practitioners use a variety of means to enhance their ability to engage in moment-to-moment self-monitoring, bring to consciousness their tacit personal knowledge and deeply held values, use peripheral vision and subsidiary awareness to become aware of new information and perspectives, and adopt curiosity in both ordinary and novel situations."

Vrij vertaald, beschrijft hij dat artsen die meer "mindful" zijn, op verschillende manieren zichzelf beter kunnen monitoren en meer gereedschap hebben om zich bewust te worden van nieuwe informatie en perspectieven.

Onderzoek naar de potentiële impact van mindfulness op de kwaliteit van verleende gezondheidszorg is weliswaar nog schaars, maar veelbelovend.
Het eerdergenoemde onderzoek van Shapiro et al. toonde naast het positieve effect van MBSR op psychologische aandoeningen, ook een toename in empathie bij de studenten geneeskunde (35). Uit een review naar de invloed van MBSR op empathie en emotionele competenties bij zorgverleners blijkt dat de invloed op empathie het beste onderzocht is, waarbij er inderdaad een positief effect lijkt te zijn op empathie. Ook op andere emotionele vaardigheden zoals het herkennen van de eigen emoties en het accepteren van de eigen emoties, lijkt mindfulness een positief effect te hebben, maar het onderzoek is te schaars om er echt conclusies uit te kunnen trekken (42).

Volgens een onderzoek van Dobkin et al. in 2013, werd er op dat moment op 12 medische faculteiten mindfulness onderwezen binnen het curriculum. Dit gebeurde in verschillende vormen, zowel aangepaste varianten, waarbij in het MBSR-programma specifieke vaardigheden werden

geïncludeerd die relevant zijn binnen de geneeskundige praktijk, als het originele MBSR-programma (40).

9) Onderzoeksvraag

Het probleem van burn-out en psychische problemen bij studenten geneeskunde en bij (jonge) artsen, is dus uitgebreid beschreven. Ook zijn er reeds verschillende oplossingen geopperd. Ondanks het uitgebreide aanbod aan mogelijke oplossingen, lijken we dit slechts moeizaam om te kunnen zetten naar de praktijk.
Er is dan ook nood aan verder onderzoek naar hoe potentiële oplossingen geïmplementeerd kunnen worden, of ze aanslaan en of ze haalbaar zijn.
Een van de beschreven mogelijk zinvolle interventies, is het MBSR-programma (mindfulness based stress reduction).

Uit het onderzoek van Katrijn De Troeyer blijkt dat HAIO's het gevoel hebben reeds erg overvraagd te zijn (22). Het MBSR-programma is zeer intensief en vraagt een grote tijdsinvestering. Hoewel de resultaten van dergelijke programma's veelbelovend zijn, beperkt de duur zijn toegankelijkheid en lijkt dat de interventie ook voor HAIO's minder interessant te maken. Bovendien is het niet evident te implementeren. Het 8-weekse MBSR-programma, zoals Jon Kabat-Zin het oorspronkelijk ontworpen heeft, is de standaard geworden. Inmiddels is er dan ook veel ervaring mee. Het is echter nooit bewezen dat kortere interventies minder effect zouden sorteren (43).

Sinds enkele jaren wordt er in 3de bachelor geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen geëxperimenteerd met een korte aandachtstraining, waarbij studenten na een gezamenlijke inleiding met professionele begeleiding, gedurende 3 maanden zelf aan de slag gaan met de training; '3 minuten ademruimte'; een mindfulness-training afkomstig uit het MBSR-programma. Doordat het om een zeer korte training gaat, zou het de toegankelijkheid kunnen verhogen en zou het bovendien een instrument kunnen zijn dat tussen andere activiteiten door kan worden toegepast.

Met deze masterproef wensen we met een open blik te exploreren wat een dergelijke korte interventie zou kunnen opleveren bij huisartsen in opleiding (HAIO's). We wensen ten eerste kijken naar de haalbaarheid ervan; ervaren HAIO's dit als haalbaar of niet en waarom? Daarnaast wensen we na te gaan wat de impact is op werkbeleving, het arts/patiënt-contact en het klinisch functioneren van de HAIO.

Methode

1. Literatuurstudie

Het doel van deze literatuurstudie was het bredere kader te scheppen, waarin dit onderzoek zich situeert, en van waaruit de onderzoeksvragen tot stand zijn gekomen. Er is getracht volgens de regels van de kunst betrouwbare literatuur te selecteren, met behulp van de bewijspiramide. Het streven was echter niet om een systematische review te schrijven. Door de uiteenlopende onderwerpen van belang ter situering van de onderzoeksvraag, is het niet mogelijk de literatuurstudie te vatten in één zoekopdracht. Er is gezocht in pubmed, de ICHO-database en ter aanvulling is er gebruik gemaakt van enkele andere bronnen en van snowballing.

2. Rekrutering

Rekrutering van deelnemers heeft plaatsgevonden door middel van het aanschrijven van STACO's (stage-coördinatoren) van het twee-jaars curriculum, die de seminariegroepen van de huisartsen in opleiding begeleiden. Via een uitnodigingsmail werd in grote lijnen uitgelegd wat de opzet en de rationale van de studie is. In die uitnodigingsmail vroegen we om in één uur de aandachtstraining in te mogen komen leiden in de seminaries.
Er werden 6 verschillende STACO's aangeschreven, met elks 10-12 HAIO's (huisarts in opleiding) in de seminariegroep. Alle 6 waren, in overleg met hun seminariegroep, bereid ons in het seminarie te ontvangen. in 5 opeenvolgende weken in oktober 2018, werden de inleidingen gegeven.

3. Inleidende sessie

De inleidende sessie werd geleid door dr. Luc Debaene. Hij is voormalig coördinator van en docent binnen het communicatieteam van de opleiding geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en heeft jarenlange ervaring met mindfulness. Bovendien is hij gepensioneerd huisarts.
In dit uur wordt het belang van aandacht onderstreept en wordt samen onderzocht hoe we hiermee omgaan. Dit wordt gedaan door middel van trainingen in tweetallen. Ook wordt samen met de deelnemers onderzocht hoe we met aandacht omgaan binnen de consultatie, zowel voor de ander als voor onszelf en wat aandacht kan compromitteren. Met een geleide meditatie; '3-minuten-ademruimte', geven de deelnemers vervolgens niet-oordelende aandacht aan zichzelf. Na elke training is er ruimte voor het delen van ervaringen.
Vervolgens werd door dr. Joosje Molenaar aan de HAIO's de rest van de interventie voorgesteld en uitgelegd hoe verdere deelname eruit zou zien. Op dat moment worden ook de informatiebladen en de toestemmingsformulieren uitgedeeld. Deelname is dus geheel vrijwillig.
Zie **bijlage 1** voor het draaiboek van de inleiding.

4. Aandachtstraining

De deelnemers werd gevraagd om enkele keren per week, bij voorkeur gedurende hun werkdag, de geluidsopname '3 minuten ademruimte' te beluisteren. Deze training werd ingesproken door dr. Edel Maex; psychiater en mindfulness-trainer in de stresskliniek van het ZNA te Antwerpen. De aandachtstraining duurde 12 weken.
Er werd wekelijks een herinneringsmail verstuurd, met daarin de link naar het logboek en met de geluidsopname in bijlage.
Zie **bijlage 2** voor de tekst van de geluidsopname '3 minuten ademruimte'.

5. Data-verzameling

De data-verzameling gebeurde op 2 manieren. Ten eerste werd, zoals hierboven reeds aangehaald, van de deelnemers gevraagd wekelijks het logboek in te vullen.

Logboek
Het online logboek werd gebruikt om bij te kunnen houden hoe vaak en óf de training werd toegepast en ook wat hen tegenhield de training vaker te beluisteren, indien de training minder dan 3x was gedaan in de week ervoor. Ook werd de deelnemers gevraagd een korte beschouwing/reflectie te geven.
Op deze manier geeft het logboek de mogelijkheid inzicht te krijgen in de haalbaarheid van de training en ook reeds een idee te krijgen van hoe de HAIO's de training ervoeren, gedurende de training zelf, om te voorkomen dat deze ervaringen en bedenkingen door de duur van de training, verloren zouden gaan.
Het logboek diende anderzijds ook om de deelnemers de mogelijkheid te geven zelf te reflecteren over wat de training met hen doet.

Zie **bijlage 3** voor het logboek.

Focusgroepen

Na 3 maanden vonden er in februari 2019 twee focusgroepen plaats, gemodereerd door dr. Joosje Molenaar en genotuleerd door dr. Luc Debaene. De twee focusgroepen vonden plaats op dinsdagochtend, een moment waarop de meeste HAIO's vrij zijn. Deze vonden plaats op 2 verschillende locaties om het voor zoveel mogelijk HAIO's mogelijk te maken aanwezig te zijn.

Tijdens de focusgroepen werd getracht voldoende sturing te geven om de onderzoeksvragen aan bod te laten komen, maar toch voldoende ruimte te laten voor wat er zich spontaan aandiende, gezien het de bedoeling was te observeren of/ en wat deze interventie te weeg zou brengen bij de HAIO. Dit werd gedaan door gedurende de sessies met name open vragen te stellen. In de loop van de focusgroepen werd dit aangevuld door gesloten vragen om alle topics aan bod te laten komen. De groepsgesprekken werden opgenomen.

De deelnemers van de focusgroepen vulden een toestemmingsformulier in.

Zie **bijlage 4** voor het protocol van de focusgroepen.

6. Data-analyse

Aan de hand van de data verkregen via de wekelijkse online-surveys, gingen we na of de interventie door de deelnemende HAIO's daadwerkelijk werd uitgevoerd en of het haalbaar was. Ook konden we we uit de opmerkingen van de deelnemers thema's halen die verder werden besproken tijdens de focusgroepen.

Gezien er gewerkt werd met verschillende focusgroepen, werd er gebruik gemaakt van een 'emergent-systematic focus group design', waarbij de thema's die naar voren kwamen in de eerste groep getest werden in de volgende groep.

Voor de data vergaard middels de focusgroepen, evenals de opmerkingen gegeven in de wekelijkse surveys, werd gebruik gemaakt van een transcript-gebaseerde analyse van de focusgroepen. Op basis van het transcript werd gecodeerd.

Er is voor het coderen gekozen voor een 'a priori'-benadering, ook wel deductieve benadering genoemd (44). Hierbij is er van tevoren op basis van de onderzoeksvragen en het literatuuronderzoek een codeboek opgesteld. Dit werd aangevuld door een inductieve benadering voor de data uit de focusgroepen die niet in het bestaande codeboek paste.

Resultaten

1. Deelnemers:

In 6 verschillende seminariegroepen van het twee-jarige curriculum van de huisartsenopleiding werd de inleidende sessie gegeven, met in totaal 64 aanwezige HAIO's. Hiervan toonden er 35 interesse in deelname aan de volledige aandachtstraining, middels het invullen van de toestemmingsverklaring voor het onderzoek. Vijf deelnemers zijn gedurende de aandachtstraining officieel uit het onderzoek gestapt. Alle vijf zeggen ze dat het onvoldoende lukt de aandachtstraining toe te passen. Twee van de vijf geven geen verdere reden van afmelding. Eén HAIO geeft aan dat ze denkt dat de training niet aan haar besteed is. Een andere deelnemer die zich heeft afgemeld, zegt dat het te ver van zijn leefwereld af staat en dat hij moeite heeft zich ervoor open te stellen en de laatste meldt dat ze er onvoldoende gemotiveerd voor is.
25 deelnemers vulden minstens 1 keer het logboek in. De HAIO's die zich voor het onderzoek afmeldden en zij die het logboek niet hebben ingevuld laten we verder buiten beschouwing.
De redenen die warden opgegeven voor het stoppen met het onderzoek waren;

10) *"Het lukt me niet om bewust tijd te schenken aan het geluidsfragment, het is niet echt aan mij besteed denk ik."*
11) *"Ik merk dat het net iets te ver van mijn leefwereld zit en dat ik moeite heb om me open te stellen (meer dan op voorhand verwacht). Het gaat dan ook te snel uit mijn gedachten om het 3 maanden te volgen en dus wil ik graag laten weten dat ik toch niet ga deelnemen."*
12) *"We zijn intussen al vele weken verder en ik heb tot nu toe slechts 1x de aandachtstraining gedaan, wat niet voldoende is, maar momenteel ontbreekt de motivatie ook een beetje om er echt meer actief mee aan de slag te gaan."*
13) *"Ik heb geprobeerd er een gewoonte van te maken (waarschijnlijk niet hard genoeg). Maar ik vergeet het elke keer opnieuw."*
14) *"Ik zal mij moeten uitschrijven uit de studie. Het lukt mij niet om mij eraan te zetten."*

Van de 25 overblijvende deelnemers bevonden er zich 9 in het eerste HAIO-jaar. De andere 18 zaten in het tweede HAIO-jaar. Acht HAIO's hadden reeds in mindere of meerdere mate ervaring met mindfulness.
Het logboek is, gedurende de 12 weken, 118 keer ingevuld.
Zeven deelnemende HAIO's namen eveneens deel aan een focusgroep.

2. Haalbaarheid interventie:

Eén van de doelen van dit onderzoek was nagaan in welke mate HAIO's een korte aandachtstraining als haalbaar ervaren.

'Hoe vaak heb je in de afgelopen week de aandachtstraining toegepast?'			
Niet	**'Minder dan 3x'**	**'3x of vaker'**	**'Elke dag'**
35 keer	46 keer	28 keer	9 keer
18 verschillende respondenten	22 verschillende respondenten	12 verschillende respondenten	3 verschillende respondenten

'Wat hield je tegen om de training vaker toe te passen?'				
'Ik had er geen tijd voor'	**'Ik ben het vergeten'**	**'Ik had technische problemen'**	**'Ik had er geen zin in'**	**'Anders (geef nadere toelichting)**
23 keer	40 keer	0 keer	3 keer	12 keer
12 verschillende respondenten	15 verschillende respondenten	0 verschillende respondenten	2 verschillende respondenten	7 verschillende respondenten

Tabel 1. Logboekresultaten; Hoe vaak werd de aandachtstraining toegepast volgens het logboek, en wat hield men tegen om het vaker toe te passen (indien 'minder dan 3x' of 'niet' werd aangeduid)

Het logboek zelf is niet consequent ingevuld door de deelnemers. Slechts 118 keer werd deze ingevuld in totaal, in plaats van 300, wat het geval zou zijn geweest als alle 25 deelnemers gedurende de twaalf weken van de aandachttraining, wekelijks het logboek hadden ingevuld. Dit is gemiddeld minder dan 5x per deelnemer.
Van de 118 keer dat het logboek is ingevuld is er 81 keer ingevuld dat de aandachtstraining die week 'minder dan 3x', of 'niet' werd toegepast. In 37 reacties werd aangegeven dat het '3x of vaker' of 'elke dag' werd toegepast in de week ervoor, waarvan in 9 gevallen 'elke dag' werd aangeduid, zie **tabel 1.**

Ook in de focusgroepen kwam naar voren dat de meeste HAIO's het niet of nauwelijks als haalbaar hadden ervaren. Enkel respondent 5 gaf aan dat het haar goed gelukt was om de aandachtstraining consequent vol te houden en dat dit voor haar eigenlijk geen probleem vormde. Ook Respondent 4 gaf aan dat het haar redelijk gelukt was, ondanks dat het enkele weken niet was gelukt, toen ze met ziekteverlof thuis zat.

- *"Ik heb mij er wel, zo goed en zo kwaad mogelijk aan proberen te houden…"*

Respondenten 1, 2, 3, 6 en 7 gaven elks aan dat het voor hen minder haalbaar was tot niet haalbaar, om verschillende redenen.
Respondenten 2 en 6 gaven aan dat ze goed waren begonnen tot dit weer verwaterde. Respondent 3 vertelde dat ze telkens het voornemen had om ermee aan de slag te gaan, doch dat het haar, behalve een sporadische keer, nooit echt gelukt is.
Voor respondent 1 was het helemaal niet gelukt de aandachtstraining toe te passen

3. Belemmeringen

In het logboek werd als belangrijkste reden dat de training niet vaker was toegepast, aangeduid dat men het vergeten was; 44 keer. 22 keer werd aangeduid dat men er geen tijd voor had, 3 keer werd aangevinkt dat men geen zin had gehad om de aandachtstraining te doen. Tot slot werden er nog enkele andere opgegeven redenen.

1. Drie keer aangegeven dat de training niet vaker was toegepast in de week ervoor omwille van ziekte.
2. Tweemaal werd vakantie opgegeven als reden.
3. Eén keer werd aangegeven dat de HAIO ertegenop had gezien om het audiofragment op te zetten, waar anderen dat konden horen.
4. Eén deelneemster gaf aan dat de training haar een ongemakkelijk gevoel gaf, waardoor ze de training niet vaker had toegepast.
5. Eén deelnemer gaf aan dat de belemmering was geweest dat hij weinig voordeel ervoer bij de training.

In de focusgroepen kwamen deels dezelfde belemmeringen naar voren, doch werden er ook andere redenen aangehaald die mogelijkerwijze verklaren waarom de aandachtstraining moeilijk haalbaar was voor de HAIO's.

3.1 Tijdsdruk en werkbelasting

Net als in het logboek, werd ook in de focusgroepen meermaals aangegeven dat de tijdsdruk die HAIO's ervaren evenals volle agenda's, belangrijke belemmeringen waren in het toepassen van de training. Hierbij zien de HAIO's de tijdsdruk en volle agenda's als oorzaken voor het vergeten van de training.
HAIO's geven bovendien aan dat alles wat bij de praktijk en de opleiding komt kijken al zóveel is, dat de aandachtstraining soms ervaren werd als nóg een extra belasting.

Respondent 1:

- *"Ja, wat betreft haalbaarheid, kwam het eigenlijk op een niet zo goed moment voor mij, omdat ik merk dat ik zeker in het begin van het jaar als beginnende HAIO met heel veel dingen bezig ben geweest en heel veel stress heb gehad. En daardoor beschouwde ik het wel echt als een extra taak erbij."*

Respondent 2:

- *"…ik merkte dat mijn schema zo chaotisch is, dat ik nergens een minuut tijd heb op de praktijk om dat te doen…", "…ik had altijd het gevoel dat ik iets voor de praktijk moest doen en die aandachtstraining schoot er daardoor wat bij in."*

Respondent 3;

- *"…ik denk dat het echt door de werkdruk en de stress komt, dat ik het vergeet en telkens denk; ik doe dat morgen wel…"*

Respondent 7:

- *"Er was gewoon te veel werk, te veel stress, alles was te veel."*
- *"…als het druk is vergeet je dat en denk je; oei, ik ben al uitgelopen, ik moet inhalen het is nu niet het moment, ik moet nog zoveel intypen…", "…en dan denk je daar gewoon niet aan, dan vergeet je dat."*

3.2 Uit het oog verloren

Ook geven de HAIO's aan dat er periodes waren ze de aandachtstraining uit het oog waren verloren om verschillende redenen, vaak omwille van persoonlijke omstandigheden, ondanks de herinneringsmails.

Respondent 4:

- *"Er was niet zozeer iets dat mij tegenhield maar eerder een niet denken aan, ik dacht er gewoon niet aan. Ik was zo bezig met ja, met pijn lijden en met wat nu. Je bent dan zo zelfingenomen op dat moment. en daardoor dacht ik daar gewoon niet aan. Dat is mij eigenlijk gewoon compleet ontgaan."*

Respondent 5:

- *"de laatste paar weken heb ik het niet meer echt gedaan, zeker niet het afspelen. toen was ik het vergeten."*

Respondent 6:

- *"Na op reis te zijn geweest was ik het ook even uit het oog verloren en dan kregen we er een mailtje voor en dan dacht ik; "oei, ik ben het vergeten"."*

3.3 Praktijkinvloeden

Ook zijn er een aantal praktijkfactoren die HAIO's als een belemmering ervoeren in het toepassen van de training. Verschillende HAIO's gaven aan dat ze in de praktijk onvoldoende rust vonden, uit schrik elk moment gestoord te kunnen worden, ófwel door de telefoon, ófwel door collega's en patiënten. Eén van de deelnemers vertelde dat haar agenda continu schuift en dat als het druk is ook buffers worden ingevuld, waardoor ze er geen tijd voor vindt.

Respondent 2:

- *"…en bij mij gaat die deur ook tussendoor toe, omdat ik dan tussendoor nog administratie aan het doen ben en daardoor stappen patiënten bij mij sneller gewoon binnen, als ze passeren."*

Respondent 4:

- *"Bij mij was het eerder dat ik het graag had ingepland in mijn agenda. Maar mijn agenda schuift elke week en ik heb geen afgebakende uren. Als het druk is moet ik er nog bij proppen en ik kan ook geen buffer spenderen aan die drie minuten, omdat je dan vaak ook nog telefoon krijgt. Die telefoon is een superstorende factor."*
- *"Op mijn praktijk was ik nooit gerust, wij hebben gedeelde kabinetten en switchen ook. Dan ligt de reflexhamer weer daar, en dan het ECG-toestel, dus ze komen altijd binnen. Daardoor was ik nooit op mijn gemak, ik had nooit het gevoel; ik ga dat nu eens rustig, al is het maar enkele minuten, doen."*

3.4 Ongemakkelijkheid ten opzichte van collega's

Verschillende HAIO's geven aan zich in de praktijk niet helemaal comfortabel te voelen om de aandachtstraining toe te passen, ten opzichte van collega's of ten opzichte van de praktijk.

Respondent 1:

- *"Ook gewoon met collega's, ik ken ze nu beter, ik kan het nu allemaal wat uitleggen. Bij ons is het ook vaak nogal druk en ik zit vaak met mijn deur open tegenover een collega, dan moet ik de deur al gaan dichtdoen om even tot mezelf te komen. Nu kan ik dat, maar in het begin... je kent elkaar niet zo goed en dan is een beetje een rare situatie om jezelf af te zonderen."*

Respondent 2:

- *"…terwijl ik het wel aan de collega's had aangekondigd; als je binnenkomt en je ziet mij een beetje slapen en luisteren naar een tape, dat is met een doel. Dus iedereen wist ervan, dus op zich had ik mij niet schuldig moeten voelen ofzo als ik het deed, maar ik merk gewoon dat de tijd er niet was, en het feit dat we forfaitair werken, maakt dat er toch een andere mentaliteit is…",*
- *"Bij ons in de praktijk wordt er toch wel ingedramd dat je iedere minuut die je hebt, eigenlijk moet gebruiken om iets voor de praktijk te doen."*

Respondent 3:

- *"Nu is er een nieuwe collega bij ons in de praktijk, dus nu is het veel rustiger en die kan ook veel beter afbakenen, dus ik denk dat het nu voor mij haalbaarder zou zijn dan toen."*

3.5 Verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van het onderzoek en de onderzoeker

In de focusgroepen kwam naar boven dat verschillende HAIO's zich mede verantwoordelijk voelden voor het al dan niet 'slagen' van het masterproef-onderzoek. Het niet doen van de aandachtstraining leidde tot een schuldgevoel, wat voornamelijk een inhibitie bleek te zijn in de uitvoering ervan. Op het moment dat de 12 weken van de training voorbij waren, viel de druk weg, waardoor het makkelijker bleek te zijn het toe te passen.

Respondent 6:

- *"…dan ben ik het gewoon weer gaan doen, nadat die druk wegviel. Dus de laatste weken ben ik het weer aan het doen en lukt het me goed en heb ik het mijn praktijkopleider ook al aangeraden en is hij ook begonnen. Dus het is*

wel grappig hoe dat geëvolueerd is doordat heel de druk eraf viel; ok, het is niet erg dat dat niet elke dag lukt. het lukt me inderdaad ook niet om het in de praktijk te implementeren."

- *"…maar dat is misschien ook voor mezelf, dat ik dacht; ik moet dat op dagelijkse basis doen en als het dan een paar keer niet lukt, dan was het van oei oei oei, meer de focus op het negatieve, terwijl het inderdaad geen 'moeten' moet zijn, maar eerder een aanvulling."*

Respondent 4:

- *"Ik herken wel het gevoel van moeten en ook het falen als het dan niet lukte. Maar ook een beetje een schuldgevoel naar u toe, misschien is dat ook omdat ik u persoonlijk ken, ik weet niet als ik u minder goed zou kennen, of het dan anders zou zijn, maar we weten natuurlijk dat dat een bijdrage is aan uw* masterproef."

4. De moeilijke translatie naar de praktijk

4.1 Interesse in de aandachtstraining

Bijna alle HAIO's geven in de focusgroepen aan dat de aandachtstraining iets was waar ze behoefte aan hadden of waar ze het nut van inzagen.

Respondent 1:

- *"Ik vind het sowieso iets heel nuttigs en ik denk ook dat ik er op termijn meer gebruik van wil maken. Ik raad het dus ook vaak aan mijn patiënten en kinderen met stress aan. Ik vind het echt heel interessant."*

Respondent 3:

- *"Ik had dat heel erg nodig en vond de inleidende sessie heel interessant. Ik ben meestal rationeler en vond het heel interessant om mijn hoofd tussendoor eens leeg te maken. Ik begon dus met goede moed en dacht; ik ga dat elke dag doen. Maar dan merkte ik ook als ik jouw mail kreeg; ah nee, ik heb dat weer niet gedaan en dan deed ik dat weer eens en dan ging er weer een week voorbij."*

Ook vertelt een HAIO het eigenlijk jammer te vinden dat het niet consequent gelukt is om de aandachtstraining toe te passen.

Respondent 7:

- *"Als het druk is vergeet je dat en denk je; 'oei, ik ben al uitgelopen, ik moet inhalen het is nu niet het moment, ik moet nog zoveel intypen', ja ik vind het jammer, maar ja."*

4.2 De moeilijke vertaling naar de praktijk

In de focusgroepen geven de HAIO's zelf al aan dat er een opvallende paradox is tussen de mate waarin ze aangeven te geloven dat de aandachtstraining iets voor hen kan bijdragen en dit ook zo ervaren enerzijds (vide infra), en dit moeilijk in praktijk kunnen brengen, anderzijds.

Respondent 1:

- *"En daardoor beschouwde ik het wel echt als een extra taak erbij. Anderzijds vond ik de inleidende sessie echt heel interessant en vind ik het effectief ook iets heel belangrijks, want ik zeg dus zelfs tegen mijn patiënten dat ze het moeten doen."*

Respondent 3:

- *"Maar voor mij is dat omzetten naar de praktijk... ik weet voor mezelf wel dat het beter is om dat wel te doen, maar de stap om het effectief te doen is dan te groot denk ik, hoewel het niet moeilijk is en het duurt niet lang. Het was maar een paar minuten hè, dus veel tijd neemt dat niet in beslag. Maar op de een of andere manier ging dat heel moeilijk bij mij."*

Respondent 7:

- *"Ja, dat doe ik wel sneller, even een moment voor iemand anders nemen, als ik voel dat iets niet gaat ofzo, maar voor jezelf heb je geen tijd."*

Respondent 7 geeft als antwoord op de vraag of het klopt dat als de werklading groter wordt, het moeilijker wordt om de training toe te passen, het volgende antwoord;

- *"Ja, maar dat is helemaal niet logisch natuurlijk, dat zijn juist de momenten dat je het meer nodig hebt."*

Zoals hierboven reeds in een citaat van respondent 3 naar voren komt, lijkt de duur van de training niet het probleem te zijn.
Ook een andere deelnemer geeft aan dat een dergelijke training, mede omwille van de duur juist perfect is:

Respondent 7 als antwoord op of een training als deze een meerwaarde kan zijn voor de huisarts:

- *"Ik vind dat je iets moet hebben om je te kunnen ontspannen en om snel te kunnen recupereren op de een of andere manier, want veel tijd heb je sowieso niet met het werk. Zo'n training van 3 minuten, misschien niet iedere dag, maar op momenten dat je er echt behoefte aan hebt, vind ik ideaal. Dat is tenminste iets... maar het zal natuurlijk beter zijn om mindfulness-cursus te volgen, denk ik. Maar dat kost zoveel tijd. Ik moet het kunnen inplannen in mijn dagelijkse werk. Zoiets vind ik daarom nu ideaal."*

De training wordt dus niet als te lang ervaren en de

huisartsen in opleiding zeggen zeker het voordeel van de training in te zien en te ervaren, (waarop hieronder uitgebreider wordt ingegaan). Toch blijkt het toepassen ervan moeilijk te zijn.
De onderliggende oorzaken lijken dus verder te gaan dan de eerder reeds genoemde factoren, waaronder met name het vergeten en de tijdsdruk.

4.3 De HAIO maakt niet gemakkelijk een prioriteit van rustmomenten

HAIO's geven aan dat ze het in de dagelijkse praktijk moeilijk vinden de keuze te maken iets voor zichzelf te doen, bijvoorbeeld in de vorm van de aandachtstraining. Ze zijn geneigd keuzes te maken in functie van de praktijk en de patiënt, ten koste van bijvoorbeeld het nemen van een moment voor zichzelf.
Zo ervaren ze het als gemakkelijker om tijd te maken voor een collega die het moeilijk heeft, voor de praktijkondersteuners die met vragen zitten of voor de kleine klusjes in de praktijk zoals het klaarleggen van voorschriften of brieven schrijven.
Eén HAIO gaf zelfs aan dat ze uit een soort van service patiënten eerder te vroeg zal binnenroepen, dan er een moment voor zichzelf van te maken op het moment dat ze voorloopt op de agenda.

Respondent 2:

- *"En ik merkte dan dat ik toch prioriteit gaf aan iets voor de praktijk doen, dan iets voor mezelf doen, wat eigenlijk op die manier ook gunstig zou zijn voor de praktijk, want als je daardoor beter voor jezelf kunt zorgen en betere zorg kunt leveren, is dat ook een meerwaarde voor de praktijk. Ook al werd die druk niet expliciet gelegd; toch voelde ik die druk; ik moet nu iets voor de praktijk doen. Die aandachtstraining schoot er daardoor wat bij in."*
- *"Ik mag een blokje blokkeren als ik merk dat ik aan het uitlopen ben, of als ik een zware patiënt heb gehad en het consult uiteindelijk van een kwartier een halfuur is geworden, als ik weet van ok; ik ga de tijd nodig hebben om bij gewerkt te geraken. Maar niet van; ok, ik heb hier mijn patiënten gedaan en alles is vlot gegaan en nu neem ik een kwartier pauze. Nee, dat bestaat niet bij ons en dat is heel jammer, want ik denk inderdaad dat je nadien des te efficiënter werkt."*

Respondent 3:

- *"Ik stel eigenlijk altijd anderen voorop, dus dan denk ik; ik zal maar nog een patiënt zien, dan doe ik dat straks wel, in plaats van dan eerst aan mezelf te denken. Ik zou beter mijn zelfzorg voor laten gaan, omdat ik dan mijn patiënten beter kan helpen hè, maar het is voor mij soms nog moeilijk dat altruïstische even achter me te laten en wat egoïstischer te zijn."*

Twee HAIO's vertellen dat ze als ze even een momentje hebben tussen patiënten, dat ze deze gebruiken om even naar het toilet te gaan of even iets te drinken. Eén van de twee geeft aan dat ze het gevoel heeft dat dat binnen de praktijk eigenlijk niet aanvaard is.

Respondent 2:

- *"Ik denk dat voor mij de barrière is dat als ik even een moment heb, ik liever even naar het toilet ga en een glas water ga halen. Dan ben ik al blij dat ik dat even kan doen."*
- *"… ik ben al blij als ik even gewoon snel naar het toilet kan gaan en even water halen of even een tas thee, dat is mijn pauzemoment dat ik voor mezelf even probeer te nemen op dat moment. Dan kies ik niet voor de drie minuten adempauze en het luisterfragment an sich. Maar dat zijn wel de drie minuten dat ik even neem om even iets te drinken en dan terug verder te gaan."*

Respondent 4:

- *"…ik ben zelf wel iemand die mijn eigen pauzes creëert, maar mijn pauzes zijn ook een glas water of theehalen en naar de wc gaan, terwijl dat eigenlijk geen pauzes zijn hè, dat zijn basisbehoeften. Toch zie ik dat even als pauze."*
- *"… of ik ga even, als ik even 5 minuten heb, een koffietje halen en ik vind dat maar normaal eigenlijk, en dan kijken mijn collega's van; wat doe jij nu? Zo voelt dat wel."*

Eén HAIO vertelde bovendien een schuldgevoel te hebben bij het maken van keuzes in functie van zichzelf, zij gaf daarbij het voorbeeld van gaan werken als je ziek bent:

Respondent 3:

- *"We vertellen altijd aan onze patiënten, dat ze best tijd nemen voor zichzelf en rusten. Ik ben zelf twee weken geleden ook ziek geweest en ik was de dag erna eigenlijk ook niet goed, maar ik dacht; ik ga maar werken, het is een lange dag. En mijn collega zei; "ja, maar we schrijven patiënten toch ook niet maar 1 dag thuis?". En dan denk ik; ja, dat klopt eigenlijk wel, maar dan voel ik me weer schuldig. Dan is het weer dat schuldgevoel."*

4.4 Geneeskunde; een cultuur die ten koste gaat van zelfzorg?

In de focusgroepen geven alle HAIO's aan dat ze het gevoel hebben dat dit een gevolg is van de

mentaliteit die binnen de geneeskunde nog altijd heerst.

Bij het dieper ingaan op wat er precies wordt bedoeld met deze mentaliteit verwoorden ze dit als de cultuur waarin de patiënt op de eerste plaats komt, men veel voor patiënten doet, maar veel minder voor zichzelf. Zo wordt het bijvoorbeeld als normaal beschouwd om binnen het bediendestatuut, waarin artsen in opleiding, waaronder HAIO's, werken, toch ruim over de uren te gaan. De grote hoeveelheid werkuren geldt echter niet enkel voor de jonge artsen. De meer ervaren artsen die de voorbeelden zijn waarmee de artsen in spe vanaf hun stages in aanraking gekomen, zijn veelal artsen die 60-80 uur per week werken. Dit wordt binnen onze sector als normaal beschouwd.
Een ander aspect dat de HAIO's noemen als onderdeel van de mentaliteit is dat het niet als normaal wordt beschouwd om thuis te blijven als men ziek is. Dit maakt het erg moeilijk om dit zelf wel te doen.
Eén HAIO gaf het concrete voorbeeld van hoe zij binnen haar praktijk ervoer dat men haar een schuldgevoel aanpraatte, toen ze enkele weken arbeidsongeschikt was.
Tot slot geven de HAIO's als voorbeeld van de mentaliteit dat er weinig ruimte is om bijvoorbeeld koffiepauzes te nemen, iets dat in andere sectoren volstrekt normaal is. Men moet elkaar er zelfs voor behoeden om niet te lunchen achter het bureau.

De deelnemers van de focusgroepen vertellen het binnen de beschreven cultuur moeilijk te vinden prioriteit te geven aan zichzelf en zeggen dit als belangrijke oorzaak te zien in het gebrek aan zelfzorg, bijvoorbeeld in het uitvoeren van de aandachtstraining.

Zo geeft één HAIO zelfs aan dat zij het gevoel heeft als HAIO niet het recht te hebben haar rustmomenten op te eisen binnen de praktijk.

Respondent 3:

- *"Ik vind wel dat ik er recht op heb, maar dat ik het misschien minder mag opeisen, als dat een goede verwoording is; dat ik er recht op heb op momenten dat het gaat, als de omstandigheden in de praktijk ideaal zijn om het te doen, maar niet dat ik het recht heb om mijn deur toe te doen en te zeggen; nu komt er niemand binnen."*

Respondent 2:

- *"…alles is vlot gegaan en nu neem ik een kwartier pauze, dat bestaat niet bij ons en dat is heel jammer, want inderdaad ik denk dat je nadien des te efficiënter werkt. En wat is een kwartier op een dag, of al is het maar 5 minuten, maar dat is echt die mentaliteit en dat verantwoordelijkheidsgevoel om voor patiënten te zorgen."*

Respondent 3:

- *"Tegen patiënten zeg ik; blijf maar 2 dagen thuis, en ik zit zelf grieperig achter mijn bureau. En dan denk ik; hoe kan dat? Maar ik denk dat dat wel typisch is voor ons beroep en dat het bij alle dokters zo is; tijd nemen voor jezelf is moeilijk. En ik vind dat heel vreemd."*
- *"Ik herinner me in mijn stagejaar; het ziekenhuis was dramatisch, die voorbeelden, dan snap je niet dat die nog rechtstaan of konden opereren ofzo,"*

Respondent 4:

- *"Ik ben nu heel ongelukkig enkele weken uitgevallen en mijn collega's hebben mij echt zitten pushen om al eerder terug te komen werken, want je blijft toch niet zeker zolang thuis enkel daarvoor, dat is toch super saai, en ik heb ooit eens mijn arm gebroken en toen ben ik al na 1 week terug beginnen werken. Dat soort gesprekken vang je op en dan voel je je wel van oei, is het nu erg als ik toch mijn 6 weken gewoon thuis pak? Daardoor ga je twijfelen en denken; misschien moet ik dat dan toch ook maar doen.. en zo wordt dat wel in stand gehouden."*

Respondent 6:

- ***"…****dat is iets sectorieels eigenlijk he, wij maken geen tijd voor een pauze. Waar er in veel andere sectoren gewoon een koffiepauze is van een kwartier, of waar er met collega's even wordt samengezeten... daar hebben wij enkel een middagpauze en zelfs dan moeten we tegen elkaar soms zeggen; "kom, ga nu mee eten en stop met werken, ga nu mee eten en zie dat je niet je eten aan je bureau opeet".****"***
- *"…mijn vriend werkt in de bankensector, die klopt ook wel zijn uren, maar hij maakt wel tijd voor een koffiepauze en zegt dan tegen de collega's; "kom we gaan even iets drinken nu", en daarna zijn zij des te efficiënter om gewoon goed door te werken, dus eigenlijk is het absurd dat we het niet doen. Dat is wel een mentaliteit denk ik. Ik vind het raar altijd dat we enkel een middagpauze hebben. Al zou het gewoon even met collega's een minuutje of een paar minuutjes even uit de consultatieruimte weg zijn. Dat moet niet lang zijn, maar gewoon even terugkomen uit de consultatieruimte, er even uit weg zijn en er daarna terug invliegen."*

Op de vraag wat ze precies met die mentaliteit bedoelt, antwoordt ze:

- *"De mentaliteit van geconcentreerd werken, geconcentreerd voor patiënten, alles voor hen doen, maar dat je misschien wat minder voor jezelf doet… als je als dokter 60 uur of 80 uur klopt, is dat niet echt iets bijzonders. Dat is een*

dokter, dat hoort daar een beetje bij. Dat is een beetje de mentaliteit die er misschien vanuit de maatschappij is, maar doe er anderzijds ook is vanuit de collega's, die dat ook doen. Het is gewoon een beetje de gewoonte."

- *"…mijn moeder is verpleegster bijvoorbeeld en dan zegt ze; "Je bent weer uitgelopen, dat is toch niet binnen uw uren." en dan denk ik; jaja, maar mijn administratie moet ik ook nog in orde maken, etc. etc. Je werkt niet binnen de afgebakende uren en ik vind dat vrij normaal, want iedereen bij ons doet dat eigenlijk; werkt meer dan de uren die ze eigenlijk moeten doen. Maar voor mensen in andere sectoren is dat raar; die hebben zoiets van "maar dat hoeft toch helemaal niet, je werkt toch je urenweek?" Ergens anders zouden ze tikken he, maar wij moeten niet tikken. Daar zit je ook met het ironische van arts zijn, prestatiegericht is dat helemaal anders, natuurlijk. Maar als je een bediende tegenover een andere bediende zou zien, dan is het artsenberoep toch nog altijd iets anders."*

4.5 Te weinig aandacht voor zelfzorg in de opleiding

Op de vraag hoe het komt dat het gemakkelijker is om in de praktijk een moment voor een collega te nemen, dan voor onszelf, bijvoorbeeld in de vorm van de aandachtstraining, antwoordt respondent 7:

- *"Ik denk ook dat we dat niet geleerd hebben, en dat we zo'n trainingen of sessie eerder moeten krijgen tijdens onze opleiding om beter voor onszelf te kunnen zorgen en altijd tijd te kunnen vinden."*

Bijna alle HAIO's in de focusgroepen zeggen de transitie van de universiteitsbanken naar de praktijk moeilijk en belastend te vinden, waarbij ze met momenten niet op tijd eigen grenzen respecteren en zichzelf in eerste instantie voorbij lopen, alvorens in te grijpen.

Er worden veel eisen gesteld aan de huisarts in spe, met de patiënt in de hoofdrol; men moet de richtlijnen kennen en het toepassen van evidence based medicine, men moet zich bijscholen, men moet vaardig kunnen communiceren, om van alle taken die bij de opleiding komen kijken nog niet te spreken. Bovendien wordt de patiënt steeds mondiger, waardoor er ook door de patiënt steeds meer wordt gevraagd en geëist van de huisarts (in opleiding). Bovendien ervaren HAIO's het beroep als een enorme verantwoordelijkheid. Te midden van de brede waaier aan competenties die de HAIO meekrijgt, ervaren de HAIO's onvoldoende aandacht voor het leren stellen van grenzen en voor zelfzorg.

Enkele HAIO's geven aan dat zij zich wel herinneren dat er bijvoorbeeld in de communicatielessen weleens over zelfzorg gesproken is, doch dat het op dat moment nog te veel een ver-van-het-bed-show was, waardoor men er op dat moment nog weinig aan had.

Sommigen geven zelfs aan dat ze het gevoel hebben dat de mentaliteit binnen de studie geneeskunde eerder zelfzorg bemoeilijkt, dan dat het zelfzorg bevordert. Het prestatiegerichte, de rivaliteit met het oog op het bemachtigen van een specialisatieplek en stressvolle stages dragen mogelijkerwijze zelfs bij aan het gebrek aan zelfzorg door HAIO's.

Respondent 2:

- *"… het begint eigenlijk al in de opleiding hè. Vanaf jaar 1 is er rivaliteit, is er een lat die heel hoog gelegd wordt. Ik heb me daar nooit veel van aangetrokken en toch wordt je daardoor beïnvloed. Ik heb nooit de wil gehad, of het is nooit in me opgekomen om te specialiseren, dus ik heb nooit die druk gevoeld op die manier. Maar je voelt wel druk en verantwoordelijkheidsgevoel omdat je voor patiënten wil zorgen en ook de zeven jaar voordien, wil je alles goed kunnen, want je moet wel mensenlevens, ja, redden bij wijze van spreken, maar ook onderhouden. En die lat ligt gewoon hoog en de druk ligt hoog en je bent gewoon zo gewend aan die manier en die mentaliteit dat je dat vanzelfsprekend vindt en dat je daar soms moeilijk tegen in kunt gaan."*

Respondent 3:

- *"Ik vind dat er meer aandacht voor moet zijn in de opleiding, voordat je aan je HAIO-jaren begint, want van student moet je ineens HAIO zijn. Bijvoorbeeld het afbakenen beheers je nog moeilijk; hier stop ik en ik werk niet langer. Eventueel sessies waarin je leert hoe je daarmee moet omgaan, dat is er nu niet."*
- *"Het is ook in de opleiding altijd; patient-centered en evidence based en alles daarbuiten is een beetje weggecijferd. Ergens in een hoekje is dat ooit weleens vermeld, maar ik heb er nooit iets van les over gehad. Maar als ik die sessie in mijn zesde of zevende jaar zou hebben gehad, was dat wel nuttig was geweest. En voor alle artsen, niet alleen voor huisartsen, maar ook voor specialisten. Hun werkdruk is soms nog veel groter dan de onze."*
- *"Zeker in je HAIO-jaren is het al druk, je moet al veel bijleren, dus het is dan nuttiger als je dat*

al kunt, als je er dan al wat mee om kunt gaan, als je er al een beetje bewust van wordt, ik had er ook nooit bij stil gestaan toen ik aan mijn eerste jaar HAIO begon, in het begint gaat dat, alles gaat vlot. Maar dan begin je te merken; het is ook wel écht zwaar en je moet ook echt tijd nemen voor jezelf. Nu doe ik het meer, maar ik deed het gewoon niet. Als je er al wat bewustwording rond krijgt voor je begint te werken en er wat meer bij stil staat, denk ik dat het nuttiger zou zijn."

Respondent 4:

- *"Ik herinner me wel vanuit de opleiding dat er weleens werd gesproken over zelfzorg in de communicatielessen, maar dan is dat nog wel een ver-van-je-bed-show, omdat je nog niet in de praktijk staat en omdat je nog niet ervaart hoe je opgeslokt kunt worden door al het werk en dan denk je; o ja, zelfzorg, ja uiteraard, evident. Maar dat blijkt dan toch niet meer zo evident te zijn, als je eenmaal in de praktijk staat."*
- *"Ik denk dat er in de opleiding dus vooral gewerkt kan worden aan ja, het is niet gemakkelijk denk ik, maar een mentaliteitsswitch; die hardheid en die rivaliteit, dat vechten voor een specialisatieplek, om ter hoogste punten, ook gewoon mensen die in elkaars rug steken, punten niet delen, er is zoveel gaande achter de schermen, dat zorgt er gewoon voor dat je... Ook het stagejaar; er zijn zoveel verhalen over te vertellen, hoe je daaruit komt en er aanvankelijk bent ingestapt. Ik denk dat er nog veel in de opleiding veranderd kan worden om een meer zachte kant van de geneeskunde toe te laten."*

5. Wijze van toepassen van de aandachtstraining

Zoals hierboven reeds uitgebreid aan bod is gekomen, was het niet vanzelfsprekend voor de HAIO's om de aandachtstraining in de praktijk toe te passen.

Zowel in het logboek, als in de focusgroepen wordt aangehaald dat een deel van de HAIO's de training liever buiten de praktijk doet, soms zonder de geluidsopname, bijvoorbeeld 's ochtends of 's avonds, thuis.

Twee deelnemers vertellen dat ze de training toepassen voor het slapengaan, wat hen helpt tot rust te komen en makkelijker in te slapen.

Verschillende HAIO's geven aan de principes van de training ook op andere momenten buiten de praktijk toe te passen, zoals op de fiets, of ergens aan de kassa.

Naast het opzetten van de geluidsopname, wordt de aandachtstraining ook op verschillende andere manieren toegepast door bijvoorbeeld de vragen aan zichzelf te stellen.

Eén HAIO geeft aan op stresserende momenten actief de milde openheid toe te passen, zoals in de geluidsopname, en weer een ander zegt regelmatig het principe van de ademruimte toe te passen, zonder de opname, omdat ze het fragment soms te afleidend vindt.

Commentaren uit het logboek:

- *"Door de training regelmatig te doen, merk ik dat ik op stresserende momenten de 'milde openheid' zonder de opname probeer toe te passen."*
- *"Ik denk er niet aan om het tijdens de dag te doen, zoals de opdracht eigenlijk vraagt. Ik doe het wel 's avonds in bed."*
- *"Ik heb er tijdens de feestdagen af en toe tijd voor gemaakt om deze training uit te voeren en het lukt me beter in de thuissetting dan op het werk."*
- *"Ik merk dat ik de technieken soms toepas in het dagelijks leven…"*
- *"Ik heb deze telkens toegepast voor ik aan de namiddagconsultaties begon."*

Commentaren uit de Focusgroepen

Respondent 1:

- *"Als ik net een moeilijk consult heb gehad, dan kan ik dat denk ik ook gewoon moeilijk, omdat ik dan toch weer afdwaal en dat is dan toch niet echt het moment voor mij. Ik kies het moment misschien liever op andere tijdstippen van de dag, niet te midden van de stress ofzo, bijvoorbeeld 's ochtends of 's avonds."*

Respondent 2:

- *"Bij mij is het meer voor het slapen gaan dat ik het doe. Soms merk ik dat ik echt gespannen ga slapen. Dat ik echt mijn kaken aan het klemmen ben en dan begin ik hoofdpijn te krijgen en dan denk ik van uhm hoe komt dat nu? ' en dat is het even; 'zucht eens even', dan probeer ik dat wel te doen en dan merk ik dat ik snel kan ontspannen en ook makkelijker kan gaan slapen."*

Respondent 4:

- *"Ik heb ook een aantal keer zonder het fragment gedaan en ik vond het ook makkelijker, want ik vind het fragment op een andere manier nog al lang duren. Ook al duurt het helemaal niet lang maar als ze het dan spelen, dan denk ik; hm, oké. En ik vond het dan toch makkelijker om die vragen aan mezelf te stellen. En ik mediteer soms ook en dat zit er dan wat in verweven, dus ik heb dat ook wel als sessies soms gezien, als training want het zit er gewoon in."*
- *"Ik deed ze ook niet in de praktijk. Dat lukt mij*

niet. Ik heb het wel een paar keer gedaan. maar niet zo veel eigenlijk, dus ik probeerde dat dan thuis te doen, ofwel 's morgens ofwel 's avonds en in het weekend en dan lukte dat wel."

Respondent 5:

- *"Het lukt me inderdaad ook niet om het in de praktijk te implementeren. Dus het is eerder als ik thuiskom, dat ik het wel doe. Of als ik het doe in de praktijk, dan is het eerder zonder het geluidsfragment. Ik ga dan een theetje halen, ik zet mij even en ik doe de drie vragen dan even voor mezelf, omdat ik eigenlijk al wel weet hoe het gaat en in welke tijdsmodus. Dus dat is ook wel een moment dat ik dat doe. Of als ik op de fiets zit; hoe gaat het nu met mij? Echt even zonder te oordelen me afvragen; hoe gaat het nu met mij?"*

Op de vraag of ze wat meer wilde vertellen over het toepassen van de training, zonder de geluidsopname;

- *"Ja, eigenlijk de drie vragen die gesteld worden zelf ook te stellen. Juist hetzelfde als in de training, maar gewoon in mezelf. Heel het fragment bij uzelf gewoon afspelen. Hoe gaat het met mij? Hoe gaat met mijn ademhaling? En hoe gaat het met mijn lichaam? Gewoon drie keer zonder te oordelen en dat is veel makkelijker toepasbaar dan het geluidsfragment opzetten en dat kan je eigenlijk op veel plekken doen, als je ergens aan het wachten bent aan de kassa bijvoorbeeld. Dat was voor mij een meerwaarde en dat maakte dat ik het ook meer en meer begon toe te passen, dat ik het vaker deed. Ik stelde mezelf vaker de vraag; hoe gaat het nu met mij? Dat deed ik sneller dan het fragmentje opzetten, maar dat is wel door het fragmentje gekomen dat ik meer die bewustwording heb gekregen en dat ik het vaker begon toe te passen."*

Respondent 6:

- *"Ik moet ook wel toegeven dat ik het ook wel regelmatig vergeten ben en het op den duur in mijn agenda zette. Ik heb het een week of drie bijna elke dag gedaan en ben er dan terug mee gestopt. Maar ik heb het dan toch de training gedaan; ik ben wel gestopt met het geluidsfragment afspelen, maar dan heb ik wel het principe toegepast. Als ik dan een heel moeilijke patiënt had gehad, of tussen veel patiënten door, dan nam ik 2 momenten gewoon even rust zonder veel doen."*

6. Hoe ervaren HAIO's de aandachtstraining?

Naast het nagaan van de haalbaarheid van deze interventie, was het doel van dit onderzoek te bestuderen wat een korte aandachtstraining kan doen voor HAIO's, hoe ze dit ervaren en met name of ze een invloed opmerken op hun werkbeleving, op het arts-patiënt contact of op het klinisch functioneren.

De reacties op de aandachtstraining zijn overwegend positief, zowel in het logboek als in de focusgroepen. Er zijn echter ook HAIO's die zich minder positief uiten over de aandachtstraining. Zo geven enkele HAIO's aan weinig of geen verschil op te merken van de training, wat soms als frustrerend werd ervaren. Sommigen geven aan dat ze de geluidsopname beu werden. Ook zeggen enkele deelnemers de training moeilijk te vinden, doordat ze moeite hebben gefocust te blijven of doordat ze ervaren dat het niet gemakkelijk is niet te oordelen, zoals de training vraagt. Eén deelneemster zegt het onaangenaam te vinden en weer een ander geeft aan dat ze zich wat overspannen voelde, maar dat ze daar liever geen aandacht voor wilde hebben.

Anderzijds is er een groep HAIO's die aangeeft er juist veel baat bij te hebben. Sommigen voelen dat ze het nodig hebben en kijken er soms zelfs naar uit om de training te kunnen doen. Zo zegt één HAIO de training te ervaren als; "eindelijk weer even écht een moment voor mezelf, weer echt pauze". Een andere HAIO vertelt de training soms meermaals per dag te doen. Ook schrijven een aantal HAIO's meer onrust en meer chaos te voelen in het hoofd als ze de training minder vaak hebben toegepast. Eén HAIO geeft aan hoe ze er van tevoren een erg zweverig beeld van had gehad en dacht dat het niks voor haar zou zijn, maar uiteindelijk wel een positief effect van de training opmerkte.

6.1 (Werk)beleving

Eén effect van de training dat door veel deelnemers, zowel in het logboek als in de focusgroepen wordt aangegeven, is het vinden van meer rust; de training geeft de deelnemers meer interne rust, minder gejaagdheid en ook meer rust binnen de consultatie. De training geeft voor sommigen bovendien meer energie en iemand vertelt dat het voor haar gevoel haar batterijen even oplaadt.

Naast de rustgevende invloed van de training, wordt ook een toename in aandacht en concentratie beschreven na het toepassen van de aandachtstraining. Het gefocust afwerken van taken en to do-lijstjes blijkt bijvoorbeeld makkelijker te zijn na de training. Ook geeft een HAIO aan dat de training haar helpt minder te piekeren over moeilijke casussen. Iemand beschrijft hoe de training ervoor zorgt dat ze het

hoofd weer even leegmaakt en met volle aandacht naar de volgende consultatie kan gaan.
Verschillende deelnemers geven aan zich door de training meer bewust te zijn van hun eigen lichaam en zichzelf en hun grenzen beter aan te voelen. Ze merken bijvoorbeeld op dat ze gespannen zijn, of hoe ze op hun stoel zitten. Behalve dat ze het opmerken geven ze ook aan daar vervolgens iets mee te kunnen doen, waardoor ze zich na het luisteren naar de geluidsopname meer ontspannen voelen. Er is zelfs één HAIO die vertelt dat ze opmerkt dat als ze vaker de 3 minuten ademruimte toepast, haar hartritme omlaag gaat. Ook geven een paar deelnemers aan dat ze beter opmerken wanneer ze een rustmoment nodig hebben.
Verschillende deelnemers beschreven dat de training hen hielp te relativeren. Ondanks een gevoel van stress merkten ze bij het uitvoeren van de training op dat ze zich eigenlijk best goed voelde, wat als heel fijn werd ervaren en waar sommigen energie uit putten. Eén HAIO beschrijft hoe ze best onzeker is in de praktijk en hoe ze met name in stressvolle momenten meer onzeker wordt. Ze merkt op dat het beter gaat nadat ze met behulp van de training even wat tijd voor zichzelf heeft genomen.

6.2 Arts-patiëntcontact

Ook op het consultvoeren en het arts-patiëntcontact wordt een positief effect ervaren. De rust die hierboven reeds beschreven werd, blijkt ook in het consult door te dringen.
Bovendien beschrijven verschillende deelnemers hoe ze het gevoel hebben na de training weer met een 'schone lei' de consultaties voort te kunnen zetten. Eén HAIO vertelt hoe de training er voor haar voor zorgt dat ze meer aandacht heeft voor de patiënt en zijn verhaal, in plaats van ook voor alles wat er verder nog speelt, en een ander vertelt dat de training haar in staat stelt beter contact te leggen met patiënten.
Enkele deelnemers beschrijven hoe de training helpt om met een open blik de volgende patiënt te ontvangen. Bijvoorbeeld in het geval van patiënten die elke week komen en daardoor soms irritatie opwekken, helpt het om meer begrip op te brengen en te relativeren.
Eén HAIO geeft aan dat de patiënten het verschil waarschijnlijk niet zullen opmerken, maar dat zij het verschil wel voelt.

6.3 Klinisch functioneren

Ook al bleek de aandachtstraining praktisch moeilijk haalbaar, toch geven de HAIO's met name in de focusgroepen duidelijk aan het nut ervan in te zien, ook wat klinisch functioneren betreft, en zeggen ze er in de toekomst meer mee te willen doen (vide infra). Zo geeft één HAIO aan dat ze ervan overtuigd is dat zelfzorg een essentieel onderdeel is van goed consultvoeren, omdat zelfzorg het mogelijk maakt zoveel mogelijk uit je consult op te pikken en de hulpvraag van de patiënt te beantwoorden. ze beschrijft dat de aandachtstraining daar deel van kan uitmaken. Een andere HAIO in de focusgroepen voegt daaraan toe dat ze denkt dat de aandachtstraining, zeker als het langer wordt volgehouden, echt invloed kan hebben op het klinisch functioneren, doordat het je in staat stelt meer helder na te denken. Ze beschrijft dat ze denkt dat je met een open geest meer vooruitgang kunt boeken in je consultvoeren.

Hoewel dus verschillende deelnemers aangeven dat ze een invloed op klinisch functioneren verwachten, zeker indien de training intensiever zou worden toegepast, is er slechts één HAIO die daadwerkelijk een verschil opmerkt en aangeeft het gevoel te hebben dat ze dankzij de aandachtstraining meer zag en meer uit het consult oppikte. Ze plaatst daarbij wel de kanttekening dat ze niet zeker weet of dat nu te danken is aan de aandachtstraining. Een andere HAIO vertelt hoe ze dankzij de aandachtstraining veel bewuster is gaan omgaan met de manier waarop ze haar consulten voert; ze probeert op te merken wat haar eigen attitude in het consult is en welke invloed dat heeft, bovendien probeert ze op te merken wat ze mogelijkerwijze zou kunnen missen.
Er zijn echter eveneens verschillende HAIO's die aangeven geen verschil op te merken in klinisch functioneren.

<u>Commentaren uit het logboek:</u>

<u>Geen of weinig invloed van de training;</u>

- *"Rust op het moment van de training, geen verschil voor de rest van de dag."*
- *"Weinig effectief verschil opgemerkt tussen het wel doen en het niet doen van de training."*
- *"In het begin van de week lukt het me beter om er tijd voor te vinden. Naar het einde van de week (en naarmate er meer dingen op mijn to do-lijst staan), vergeet ik het. Ik merk verder nog niet veel veranderingen op het vlak van aandacht."*
- *"Afgelopen week haalde ik minder uit de training. Ik vond dat frustrerend en dat maakt*

dat ik er dan ook minder zin in heb, al weet ik dat ik hier moet doorbijten."

- *"Het geeft me vaak een ongemakkelijk gevoel."*
- *"Nog steeds veel afleidende gedachten tijdens het proces. Moeilijk om gefocust te blijven."*
- *"Ik had wel tijd, maar na 1 week het gedaan te hebben was ik het beu hetzelfde fragment te beluisteren. Ik had gevoel wel "ademruimte" of aandacht genoeg te hebben voor hoe ik me voelde."*
- *"Ik was de afgelopen week wat overspannen ik wou daar geen aandacht voor hebben."*

<u>Ervan genieten en voelen er behoefte aan te hebben;</u>

- *"Ik merk dat ik uitkijk naar het momentje om hier even tijd voor te nemen. Als ik dan de tijd neem om even stil te staan, voel ik me vaak beter dan ik aanvankelijk gedacht had en dit maakt me wel gelukkig."*
- *"Meer chaos in mijn hoofd wanneer ik minder mediteer, meer gespannen."*
- *"Het lukt me steeds beter om mijn aandacht erbij te houden en ik begin er plezier in te hebben even een momentje voor mezelf te nemen."*
- *"Ik zie er het nut van in en probeer het soms meerdere malen per dag te doen."*
- *"Het doet deugd om dagelijks in te checken bij mezelf. Het maakt me milder, doet me bewuster in de dag staan en ik voel beter mijn grenzen aan."*
- *"… ik merk wel beter en beter wanneer mijn lichaam mij vertelt dat ik even pauze moet nemen."*
- *"…soms merk ik op dat ik er behoefte aan heb."*
- *"Meer spanning in mijn lichaam en chaos in mijn hoofd - ik wil graag een vast pauzemoment voorzien in agenda voor even te time-outen met meditatie."*
- *"…eindelijk terug even tijd voor mezelf en even een echte pauze."*

<u>Rust</u>

- *"Als ik het toepas, merk ik wel dat ik daarna tot rust ben gekomen en me terug beter kan concentreren."*
- *"Ik denk er niet aan om het tijdens de dag te doen, zoals de opdracht eigenlijk vraagt. Ik doe het wel 's avonds in bed. Het helpt significant om tot rust te komen, wat het welzijn en het inslapen verbetert."*
- *"Lukt beter om tot rust te komen."*
- *"Ik heb het vaak zo druk dat ik geen momentje vind... Toch merk ik dat ik er rustiger van word."*
- *"Rust in mijn hoofd en rustiger gevoel tijdens en tussen consultvoeren."*
- *"Ik merk dat ik dan wel enkele minuten nodig heb om te bezinnen zodat mijn hoofd leeg is en ik met even veel aandacht naar de volgende patiënt kan gaan. Ik gebruikte vroeger vaak sociale media hiervoor, maar dit was eerder een afleiding. Met de 3 minuten adempauze ben ik rustiger en aandachtiger."*
- *"Deze week heb ik eens mijn eerste pauze gehad om 21u15, tot dan heb ik dus ook niet kunnen eten, laat staan de mindfulness training doen. Ik merk wel op dat ik door de training wel gedaan te hebben in de afgelopen weken mijn eigen lichaam en geest beter kan beheersen en tot rust brengen op drukke momenten."*
- *"Ze helpen me rustig te worden op stresserende momenten."*

<u>(Ont)spanning</u>

- *"Het lukt me steeds beter op te merken hoe mijn lichaam voelt, en daar dan bewust iets aan te doen. Soms zit ik bijvoorbeeld helemaal verkrampt en kan ik die spanning los laten na de 3 minuten ademruimte."*
- *"In het begin van vorige week had ik het 3 dagen op rij gedaan en voelde ik dat ik er beter in werd en dat ik er echt meer ontspannen van werd. Een betere aandacht heb ik in het algemeen nog niet gemerkt."*
- *"Ik heb enkele weken niet geoefend door omstandigheden en had toen een erg snel hartritme. Na een week terug te oefenen is mijn hartslag terug naar beneden. Ook heb ik meer concentratie."*
- *"Ik heb deze week echt contact kunnen maken met mezelf. Door de training merkte ik op hoe gespannen ik was, hoe moe mijn lichaam aanvoelde, hoe onrustig. Het doet me bewuster in de dag staan en het lukte ook om mild te zijn voor mezelf. Ik haal hier veel uit."*
- *"Minder chaos in mijn hoofd, spanning die ik in de loop van de dag voel opbouwen vermindert lichtjes, 3 minuten is net wat te weinig voor mij."*
- *"Het lukt me steeds beter op te merken hoe mijn lichaam voelt, en daar dan bewust iets aan te doen. Soms zit ik bijvoorbeeld helemaal verkrampt en kan ik die spanning los laten na de 3 minuten ademruimte."*
- *"Dankzij de 3 minuten ademruimte voel ik me gaandeweg meer en meer ontspannen worden."*

Energie

- *"Ik ben er vorige week maar 2 keer aan toegekomen. Ik verlies mezelf in de rush van het werk. Ik moet het inroosteren in mijn agenda. De twee keer dat ik het heb gedaan, waren wel beter dan vorige week. Ik haalde er echt energie uit."*
- *"Ik krijg meer energie van."*

Aandacht en concentratie

- *"Als ik het toepas, merk ik wel dat ik daarna tot rust ben gekomen en me terug beter kan concentreren."*
- *"Ook heb ik meer concentratie."*
- *"Ik merk dat ik dan wel enkele minuten nodig heb om te bezinnen zodat mijn hoofd leeg is en ik met even veel aandacht naar de volgende patiënt kan gaan. Ik gebruikte vroeger vaak sociale media hiervoor, maar dit was eerder een afleiding. Met de 3 minuten adempauze ben ik rustiger en aandachtiger."*
- *"De aandachtstraining zorgde wel dat ik het gevoel had iets meer geconcentreerd mijn to do-lijst kon afwerken."*
- *"Na een week terug te oefenen is mijn hartslag terug naar beneden. Ook heb ik meer concentratie."*
- *"Als ik de training doe, dan kan ik gemakkelijker mijn gedachten verzetten en stoppen met piekeren over een moeilijk consult"*

Commetaren uit de focusgroepen:

Respondent 1:

- *"Ik kan me wel vinden in wat respondent 5 heeft gezegd, de vraag van hoe je je voelt; je staat daar niet altijd bij stil. Dat je inderdaad wel soms merkt dat ook al heb je stress, je je toch ook nog goed kunt voelen."*
- *"Ik vond de inleidende sessie echt heel interessant en vind ik het effectief ook iets heel belangrijks, want ik zeg het zelfs zelf tegen mijn patiënten, dat ze het moeten doen. Dus praat ik vaak over mindfulness en in het verleden ben ik er ook wel mee in contact geweest omdat ik echt wel denk dat dat iets kan bijdragen."*

Op de vraag of ze het gevoel had dat de training voor haar iets deed:

- *"Sowieso wel even, als je een moment hebt. Ja je komt sowieso wel even meer tot rust, dat is zeker. Dat je die drie minuten even niet met iets anders bezig bent ook gewoon. Dus dat wel, absoluut."*

Op de vraag of de training het contact met de patiënt beïnvloedt:

- *"Het laadt wel je batterijen op. Als je weet dat er een moeilijke patiënt komt of als je merkt dat je einde latijn bent, en je er minder goed mee kunt omgaan… als je dat dan even hebt gedaan, dan merk je dat je weer even met een beter gevoel en opener naar de patiënt kunt zijn. Dat wel."*

Wat betreft de invloed op klinisch functioneren:

- *"Maar ik vind het heel nuttig en ik denk ook wel dat, ook zeker als je het langer doet, dat het ook wel invloed kan hebben op je functioneren en dat je ook klinisch helderder kunt nadenken. Dat denk ik echt. Stress en al die dingen zijn uiteindelijk beïnvloedende factoren in je gedachten en je gaat er toch dingen anders door aanpakken. Niet altijd rechtstreeks. Maar sowieso, een open geest, daar ga je toch meer mee vooruit komen in je consult ook, dus ik denk zeker dat het nuttig is."*

Respondent 2:

- *"Ik denk dat daar zelfzorg in het algemeen wel belangrijk is, om een goede dokter te kunnen zijn. Dat kan je pas als je goed voor jezelf kunt zorgen. Het is bewezen dat mensen met een burn-out, eigenlijk de dingen niet meer oppikken van hun patiënten, dus vandaar dat dat wel heel belangrijk is. Als je je goed in je vel voelt, kan je beter aan de hulpvraag van je patiënt beantwoorden en dingen oppikken. Je bent een betere dokter als je goed in je vel zit. En dat geluidsfragment kan daar een bijdrage toe zijn."*
- *"Ik denk dat de training vooral ervoor kan zorgen dat ge oppikt dat het niet oké is voordat het super duidelijk wordt dat het niet oké is. Dat je al bij uzelf kunt stilstaan, vandaag is het een mindere dag. Ge kunt dat meerdere dagen na mekaar denken, en als je de training niet doet, denk je, 'oh slechte dag, slechte dag, slecht geslapen, vandaag is iets beter.'. Maar als je dat echt systematisch doet met een ademtraining en daar ook zo iets objectiever, zonder dat oordelen, naar kijkt, dat je dan wel sneller kunt oppikken van, 'verdorie dat is nu al dag drie dat ge u eigenlijk als niet goed voelt, misschien n moet je er iets aan doen'. Terwijl dat je er anders pas aan denkt om er iets aan te doen, wanneer ge uzelf al voorbij zijt gehold, dat ge eigenlijk achter de feiten aanloopt."*
- *"…een soort van thermometer voor uzelf, of hoe zegt ge dat? Een barometer, ja een barometer eigenlijk. Om te zien hoe het staat. En eigenlijk zou dat dan gewoon de training doen en het dan opschrijven, zoals we eigenlijk gedaan hebben met het logboek. maar dat ge voor uzelf wat ge doet, en dan achteraf zegt van oké, ja een score op tien geven, vanaf dat ge merkt dat ge een paar dagen onder de zeven ouzo zit. Dat je toch uw alarmbelletjes laat afgaan. Maar dat is heel gemakkelijk gezegd hè."*

Respondent 3:

- *"Ik denk wel dat ik iets rustiger was van binnen, dat ik me iets minder opgejaagd voelde. Het was geen hemelsbreed verschil hoor, maar ja, iets rustiger. Ik ben meestal wel vrolijk hoor, maar ik kan dat soms hebben als sommige mensen binnenkomen. Ik heb van die mensen die elke week komen, dan heb ik iets van; daar zijn ze weer. Maar dan had ik dat toch minder en dan had ik zoiets van; ja maar ja, die mensen... meer relativeren. Ja, ik vond dat wel."*
- *"Ik denk dat de patiënt er niet veel van merkt, maar ik wel. Ik ben altijd wel geïnteresseerd, maar van binnen kan het soms zijn van; oh, nog iemand erbij. En dat heb ik dan minder, dat je meer enkel aandacht voor de patiënt kunt hebben en alles daarrond, ja dat zien we zo wel."*

Op de vraag of de training dus hielp te relativeren:

- *"Ja, ik vond dat wel, door even aan jezelf te denken en aan iets anders te denken, vergeet je even de drukte en kan je van een schone lei terug verder doen, vond ik."*
- *"Klinisch merkte ik niet echt een verschil. Meestal is het tijdens de anamnese dat ik me heel opgejaagd voel, na klinisch onderzoek ben ik altijd wat van; kalmer op de een of andere manier."*

Respondent 4:

- *"Dat ik meer bewust was van mezelf, hoe dat ik op mijn stoel zat, hoe dat ik mij voelde op dat moment, en daardoor ook eigenlijk een beter contact kon leggen met de patiënt en meer haalde uit mijn consultatie, meer gefocust kon werken, meer dingen ook zag, meer dingen oppikte. Toch wel eigenlijk."*

Op de vraag te verduidelijken wat voor haar anders voelde in patiëntencontact:

- *"Ja, moeilijke vraag, maar ik heb in het algemeen soms goede dagen en slechte dagen en wat het verschil daarin is, is dat ik op goede dagen meer haal uit mijn consultaties, dat ik meer dingen oppik, dat ik de mensen ook met een beter gevoel precies naar huis kan laten gaan, dat ik tevreden ben van mijn consultaties. Dat niet alleen de patiënt tevreden naar huis gaat, maar dat ook ik tevreden blijf. En dat heb ik op andere slechte dagen niet. Dan denk ik, heb ik die nu wel geholpen? Hoe gaat die nu naar huis? Ik heb super veel vragen onbeantwoord gelaten. Dat soort dingen. En ik was daar meer op... Ik haalde meer uit mijn consultaties maar ik weet niet zo zeer of dat nu rechtstreeks met training te maken had.*

Op de vraag of men voelde dat de training een invloed had in de praktijk

- *"Ik vind dat moeilijk om te zeggen, ik denk dat je dat maar op lange termijn ervaart, want zo een dagelijkse drie minuten met u kan doen, maar ik had wel zo goede weken en slechte weken. Soms dacht ik; ik heb er echt iets aan, ik kom meer tot mezelf, ik heb iets gevoeld dat ik niet door had, dus het heeft mij iets gebracht de training. Of ik zat heel erg in mijn hoofd en ik ben nu terug afgedaald naar mijn lichaam, zo een dingen kon ik er wel uithalen."*
- *"Maar er waren ook weken dat het mij ook niets bracht, maar dat is natuurlijk moeilijk te zeggen want het kan op lange termijn iets brengen, maar dat het dan zo geen concreet verschil maakte op dat moment, dat ik dacht of dat ik nu heb gedaan of niet, volgens mij heeft het niets uitgehaald. Maar dat het ik ook met mediteren, ik kan soms een goeie medicatie hebben en soms een slechte medicatie, je hangt daar toch ook verwachtingen aan vast soms die eigenlijk niet moeten, waardoor het soms niet was wat je hoopte."*

Op de vraag of de HAIO's een voordeel zien van bijvoorbeeld deze training of een andere mindfulness training in de praktijk:

- *"Ja, zeker. Wat respondent 2 net heel mooi heeft uitgelegd, om zelf uw signalen op te vangen voor het te laat is. Of voor ze echt tot uiting komen. Dat ge ze nog inwendig kunt aanvoelen, zeg maar. Natuurlijk, wat ik mijzelf dan wel aan het bedenken was, ge moet er dan ook iets mee doen. En dat is denk ik nog lastiger dan het aanvoelen. En dat is dan het stuk zelfzorg é."*

Respondent 5:

- *"Gewoon drie keer zonder te oordelen en dat is veel makkelijker toepasbaar dan het geluidsfragment opzetten en dat kunt ge eigenlijk op veel plekken doen als ge ergens aan het wachten zijt aan de kassa of weet ik veel. Dat was voor mij een meerwaarde en dat maakte dat ik het meer en meer begon toe te passen ook, dat ik het vaker deed. Dat ik mezelf vaker de vraag stelde, hoe gaat het nu met mij? Dat eerder dan het fragmentje maar dat is wel door het fragmentje gekomen dat ik meer die bewustwording heb gekregen en dat ik het vaker begon toe te passen."*
- *"Voor mij was het wel een houvast omdat ik dat eerder niet deed. En inderdaad, de drie vragen waren drie goede vragen, waar ik ineens wel houvast in vond om rust te vinden en om zonder te oordelen te zien wat ik eigenlijk voelde. En dat vind ik nog altijd niet zo gemakkelijk; zonder oordeel kijken naar hoe ik mij voel. Ik vind dat dat mij wel een soort houvast geeft, zelfs al ben ik in een hele rush, dat ik voel dat ik terug toch wat rust vind in mezelf en wat dichter bij mezelf kom. Dus bij mij heeft het wel een positief effect gehad."*
- *"Ik denk wel dat het een positief effect heeft en ik ben ook wel een beetje getriggerd om meer te weten over mindfulness an sich om te kijken; als dit al dit effect heeft, wat als ik echt een*

cursus mindfulness zou volgen, wat voor effect gaat dat hebben. Ik vind het wel positief om bewuster in het leven te staan misschien en in de praktijkvoering. Ik vind het wel leuk om er wat mee te spelen. Hoe stond ik in dat consult. En wat voor invloed heeft dat gehad? En wat voor vooroordelen had ik? Wel leuk om daar meer bewust van te worden. Maar wat komt daar allemaal wel niet bij kijken? Puur in consultvoeren. Hoe staat ge er tegen over? Hoe veel komt er niet bij u binnen? En hoeveel... Dat is wel leuk om daar een beter zicht in te kijken. Om daar echt bewust mee om te gaan en niet alles te laten overkomen maar zelf meer bewust te aanschouwen."

- *"Dat oordelen dat vind ik toch altijd, het niet oordelen vooral, vind ik toch een opgave, omdat je dat toch gemakkelijk doet. Het is juist fijn om dat dan te weten, want je gooit er altijd een stempel tegenaan, terwijl je inderdaad dan probeert te denken; probeer eens niet te oordelen."*

Respondent 6:

- *"Je staat er daarvoor ook niet bij stil hoe je jezelf voelt. Als dan opeens je gsm aan je vraagt; hoe voel je je? Dan denk je; awel goede vraag. En dan merk je wel, ook al ben je gestrest kan je je toch nog goed voelen; oh, maar ik voel me eigenlijk wel goed. Dat is een beetje bevestiging."*
- *"Terwijl als ik dan, want ik zei dat ik dan niet altijd dat filmpje deed, maar het principe wel, dan voelde ik me daar niet per se goed bij. Dan had ik wel een moment rust, maar dan had ik niet per se bij mezelf stilgestaan. Dat gevoel is anders dan. Ik vond de vragen dus ook goed."*
- *"…ik merk wel, na een moeilijke patiënt of een paar patiënten achtereen, dan ben je gewoon gestrest en als ik gestrest ben… ik ben best onzeker in de praktijk, dus als ik daar ook nog gestrest bij ben dan lukt het consult ook niet meer, en je wil ook een consult goed doen, dus dan denk ik van ok, neem een paar minuten voor jezelf, dan gaat het gewoon beter. Dus ik voel wel dat ik dat nodig heb. Als je echt merkt dat je het nodig hebt, dan kan je het misschien wel haalbaarder maken voor jezelf."*
- *"Nee, in mijn klinisch functioneren niet, ik denk dat ik het misschien niet goed kan vergelijken, maar ik merk het verschil niet echt. Maar ik heb het gevoel dat ik niet echt kan vergelijken, omdat ik vorig jaar geen ander jaar had ofzo en ik heb het ook niet zo vaak druk, dus ik weet het eigenlijk niet of dat het me anders doet."*
- *"Ja, het was minder zweverig dan ik dacht, ja ik dacht; het zijn allemaal van die... Ja, ik had er gewoon nooit bij stilgestaan en nu moest ik dat doen en ja... Want ja, nu dat je het vraagt, had ik toch de indruk dat ik het ervoor al wel deed, maar ik stond er gewoon niet bij stil en nu sta ik er meer bij stil en dan heb ik er misschien toch wel meer effect van. ik heb er toch iets meer effect van ervaren. Dus dat is iets positiefs dan."*

Respondent 7:

- *"Ja inderdaad ook wat rustiger van binnen, kan je weer verder, sta je weer positief ten opzichte van patiënten en tegenover de drukte, dat stressgevoel heb je niet meer. Dat is even een ontspannen moment."*
- *"Ja, het zijn gemakkelijke vragen, hoe voel je je en dat was voor mij altijd een goed moment om erbij na te denken en even te realiseren dat ik me bijvoorbeeld eigenlijk goed voel; ja het is ook allemaal niet zo slecht en de stress is allemaal maar tijdelijk, ja dat was daarom een heel positieve ervaring. Je voelde je wakker."*
- *"Het zijn geen vragen waar je veel over moet nadenken, geen filosofische vragen, maar gewoon; hoe voel je je? En dan ineens denk je, ja inderdaad het is allemaal niet slecht, ik voel me goed. Ik had er echt een goed gevoel bij."*
- *"Ik heb er wel deugd van gehad als ik dat deed, tussendoor, vooral tussen moeilijke patiënten, dan dacht ik oef, eventjes... en als ik dat ineens deed, dan voelde ik me ineens beter, terug wat aandacht en focus."*

Op de vraag of ze een invloed merkte in het klinisch functioneren:

- *"Ja, je bent iets frisser he, in je hoofd, iets rustiger, dus je kunt beter nadenken, ja. Meer is het niet denk ik."*

7. Is de HAIO van plan er verder iets mee te doen?

We zien dus dat, als het gelukt is om de aandachtstraining uit te voeren, er verschillende positieve effecten worden opgemerkt.
De deelnemers van de focusgroepen geven allemaal aan in bepaalde mate geprikkeld te zijn door de training en er iets uit mee te nemen voor de toekomst. Dit varieert van het in het dagelijks leven willen meenemen van het principe van de training en de bewustwording tot enkele HAIO's die overwegen een uitgebreidere mindfulness-cursus te volgen.
Ze benoemen daarbij dat de tijdsinvestering een drempel is in het kiezen voor de volledige MBSR.

Respondent 1:

- *"Ik ga het ook zeker meenemen, ik zeg het, doordat ik nu meer gesetteld ben enzo, en nu ook een beetje met die focusgroep is het weer meer terug, dat ik het weer meer, niet wil inplannen, maar losse momenten wil vinden zodat ik inderdaad terug wat meer aan zelfzorg doe en weer tot mezelf kan komen."*

Respondent 2:

- *"Ik ben ook wel getriggerd. Maar ik weet niet wanneer en hoe ik de stap zal kunnen zetten.*

Wanneer dat voor mij... Dit jaar sowieso niet, met thesis en afstuderen en al die dingen, maar naar volgend jaar toe, misschien als mijn time-management het toelaat, misschien wel eens een langere cursus mindfulness volgen. Omdat er dan... Dit is al een heel goeie start maar het gaat iets uitgebreider zijn, meestal is dat een acht lessen of acht weken-systeem. Ik zou daar wel veel uithalen en eigenlijk zou ik het om twee redenen doen, echt voor mezelf om er dingen uit te halen, maar ook als test voor patiënten."

Respondent 3:

- *"Ja, sowieso wel denk ik, dus ale, zelfzorg is belangrijk en ik denk zo mindfulness, ik ga me daar nog wel wat in verdiepen, maar met wat dat weet ik niet, misschien moet ik eerst al eens met een boek te lezen ofzo. Dat is haalbaarder dan direct een cursus ofzo hè, dat is dan ook weer tijd, dat moet ik nog uitzoeken. Maar ik vond het echt interessant, en geloof dat ik het nodig heb. Nu moet ik gewoon een manier vinden om het in de praktijk te gebruiken."*

Respondent 4:

- *"Ehm, ik denk dat dat een thema is dat mij altijd al heeft aangesproken en waar ik mij levenslang wel in wil bijscholen en af en toe wel eens een cursus in zal volgen. Dat zal altijd iets zijn dat aanwezig zal blijven in mijn leven omdat ik daar heel veel uithaal. Maar ik heb al veel opleidingen gevolgd dus concreet denk ik niet dat ik nog iets meer ofzo ga doen"*

Respondent 5:

- *"Ik denk wel dat het een positief effect heeft en ik ben ook wel een beetje getriggerd om meer te weten over mindfulness an sich om te kijken; als dit al dit effect heeft, wat zou het voor effect hebben als ik echt een cursus mindfulness zou volgen."*

Respondent 6:

"Ja, een beetje zelfbewustwording, ik denk dat dat goed is, en ik heb nu ook gemerkt, dat is eigenlijk niet zo slecht. Maar ik ga er niet iets heel groots mee doen, denk ik of heel regelmatig. Maar kleine dingen, ja, in het dagelijks leven, waarom niet."

- *"Ja, ik denk dat ik het niet heel groot ga meenemen, maar wel het idee van bewustwording, misschien wel die drie vragen van dat fragment, af en toe. Maar om mij nu heel groot in mindfulness te verdiepen, dat denk ik niet. Maar het principe, dit kleine wel, dat ga ik wel meenemen."*

Respondent 7:

- *"Ja, ik ga proberen het toch regelmatig te doen, ik blijf overtuigd dat dat helpt. En ik zal er misschien nog iets bijdoen, ik denk aan yoga ofzo, iets dat mij nog iets meer kan ontspannen, nu ben ik nog meer overtuigd dat ik dat nodig heb, eigenlijk."*

8. Hoe zien HAIO's zelfzorg in de opleiding en de rol die een aandachtstraining daarin zou kunnen spelen?

Zoals al eerder aan bod is gekomen, hebben de deelnemers van de focusgroepen het gevoel dat er in de opleiding onvoldoende aandacht is besteed aan zelfzorg en dat ze niet geleerd hebben hoe ze grenzen moeten stellen.
Ze vinden dat er meer ruimte moet zijn voor bewustwording. We moeten leren onze eigen signalen op te pikken, voor het te laat is en ze wellicht echt tot uiting komen. Bovendien moet het onderwerp meer genormaliseerd worden door het er meer over te hebben.
Een deelnemer van de focusgroepen vraagt zich daarbij af hoe het mogelijk is dat er binnen de opleiding niet over gesproken wordt! Een andere HAIO geeft aan dat er volgens haar een mentaliteitsswitch nodig is, waarbij er in plaats van de hardheid, de rivaliteit, het vechten voor een specialisatieplek, de strijd om de hoogste punten, een zachtere kant van geneeskunde moet worden toegelaten.

8.1 Hoe zien ze de invulling ervan en op welk moment in het curriculum?

Over dat het dus een onderwerp dat wordt onderbelicht en waar meer aandacht voor nodig is, zijn de deelnemers eensgezind. De vraag hoe dat dan precies invulling zou moeten krijgen en op welk moment, blijkt minder makkelijk te beantwoorden.
Enkele HAIO's geven aan dat ze, vanaf vroeg in de opleiding een soort van sensibilisatie missen betreffende zelfzorg, die het makkelijker zou kunnen maken ernaar terug te grijpen op momenten dat het nodig is. Zo geeft een HAIO aan dat ze er graag vroeg in de opleiding mee in aanraking zou zijn gekomen, of zelfs nog eerder, bijvoorbeeld op school. Hier moet niet in overdreven worden zegt ze, om geen afkeer te creëren. Dan kan het bijvoorbeeld in de stagejaren verder worden uitgediept.
Er wordt bijvoorbeeld geopperd om het aan de communicatielessen toe te voegen of er zelfs aparte modules of trainingen van te maken.
Andere HAIO's geven aan dat het juist niet te vroeg in de opleiding gegeven moet worden, omdat studenten er dan nog niet het nut van inzien en er dan mogelijkerwijze nog niks mee kunnen, zo vertelt een HAIO dat op de enkele momenten dat er binnen de opleiding over zelfzorg gesproken werd, het voor haar nog te veel een ver-van-het-bed-show was en ze er daardoor weinig aan heeft

gehad. De stages worden dan ook verschillende keren aangehaald als het ideale moment, bijvoorbeeld de terugkomdagen.

Wat betreft de inhoud wordt geopperd dat de aandachtstraining of mindfulness er deel vanuit kan maken, omdat dat kan fungeren als een barometer, waarbij je jezelf leert aanvoelen en signalen kunt oppikken voordat het te laat is. Verschillende HAIO's stellen echter voor, dit deel uit te laten maken van een breder aanbod, waarin studenten zelf hun weg moeten kunnen zoeken.

Ook over de doelgroep en de vrijwillige basis ervan zijn de meningen verdeeld. De één vindt dat het voornamelijk iets voor de huisartsen moet zijn en dat het op vrijwillige basis moet gebeuren, zodat de mensen die er echt profijt van willen hebben daarin niet geïnhibeerd of gestoord worden door de studenten die er enkel zijn uit verplichting. Anderen vinden dat het juist voor arts-assistenten even relevant is en het wellicht juist een verplicht onderdeel zou moeten zijn van het curriculum, waarbinnen er wel verschillende keuzes mogelijk moeten zijn, waaronder mindfulness.

8.2 De vorm van de aandachtstraining

Dat de deelnemers van de focusgroepen het voordeel van de aandachtstraining inzien en er profijt van hebben ervaren, is inmiddels uitgebreid aan bod gekomen.
Sommigen vinden daarbij dat de aandachtstraining in de vorm die gekozen is voor deze masterproef perfect is, omdat het kort is en daardoor toegankelijk. Anderen geven aan dat ze de drie minuten te beperkt vonden, of dat ze meer profijt hebben van andere mindfulness-trainingen, zoals de lichaamsscan. Zelfs geven er een aantal deelnemers graag een volledige mindfulness-cursus te doen.

Een aantal HAIO's ervoeren onvoldoende begeleiding bij de aandachtstraining. Zij geven aan dat ze gebaat zouden zijn geweest bij een persoonlijkere aanpak, met bijvoorbeeld halverwege de aandachtstraining een terugkomsessie in groep, met ruimte voor het delen van ervaringen, twijfels en vragen. Eén HAIO geeft aan dat dit haar ook zou hebben geholpen, bij wijze van sociale controle. Verschillende HAIO's geven daarbij aan veel baat te hebben bij de focusgroep.
Er wordt geopperd dat de seminariegroep en de STACO in de opvolging wellicht een rol zouden kunnen spelen.

Voor anderen was de herinneringsmail wel voldoende begeleiding. Ook wordt de bezorgdheid geuit dat een terugkomsessie halverwege weer een extra verplichting en belasting zou opleveren.

Respondent 1:

- *"Ik ben er ook van overtuigd dat het echt iets belangrijks is in de huisartsenopleiding en als huisarts in het algemeen en ik denk voor iedereen in deze maatschappij, eigenlijk. Die mindfulness, ik denk wel dat ik wat meer mijn eigen technieken heb, dat ik ok dat ik dat nog wat meer kan uitbouwen. Ik werk bijvoorbeeld ook, je hebt zo dat je je lichaam kunt scannen van onder tot boven."*
- *"Ik vind het juist andersom meer, ik denk, dat is eigenlijk helemaal omgekeerd, dat het misschien zelfs beter zou zijn, voor mij nog vroeger. Gewoon in het algemeen, zelfs buiten geneeskunde of huisartsgeneeskunde, dat het misschien nog iets te weinig gekend is, gewoon in de maatschappij in het algemeen, ook bij kinderen bijvoorbeeld. En ook al sta je er op die moment misschien nog niet voor open, in onderwijs of dergelijke heb ik wel de indruk dat je daar sneller naar kunt teruggrijpen wanneer je het wel nodig hebt. Misschien is het het op dat moment dan niet helemaal en moet je er op dat moment niet mee overdrijven, maar ik denk dat het wel heel nuttig is om er al een even mee in aanraking te komen, dat je wel weet dat er iets is. En ok, dat hoeft dan misschien niet helemaal uitgediept te worden op momenten dat het nog niet nodig is, ik denk anderzijds dat mensen ook te veel die zweverige associatie in hun hoofd hebben, omdat ze het niet zo goed kennen, dat je wel weet dat er effectief iets kan zijn om je te ontstressen. Dat het misschien wel beter vroeger in de opleiding een paar keer wordt aangeraakt."*
- *"Niet te veel want dan krijg je weer het omgekeerde effect, maar toch op geregelde momenten eens aanhalen, zodat je eraan herinnerd wordt dat er iets is en inderdaad tijdens het stagejaar dat het dan echt meer wordt uitgediept."*
- *"Ik heb meer mijn eigen manieren op heel andere momenten ook, bijvoorbeeld in de auto, dat ik merk dat ik het grappig vind dat ik tot mezelf kom en dat het wel echt deugd doet, even de gedachten leegmaken en tot nu toe is dat voor mij wel iets goed, maar als er ik in de toekomst iets meer nood aan heb. Ja, ik vind de bodyscan dan ook iets handigs, dat heb ik wel al een paar keer geprobeerd."*

Respondent 2:

- *"…misschien verschillende zaken, dat er wel inleidend uitleg over gegeven wordt, wat dat het is, maar dat je daar dan zelf je keuze in kunt maken in welke technieken van zelfzorg je*

zou willen aanleren, maar dat het inderdaad niet opgelegd wordt… ik zou dat wel goed vinden, ik denk dat het ook wel een verschil is, ik denk dat dat dan in de opleiding huisartsgeneeskunde moet zitten, want ik denk niet dat, wij hebben wel lessen communicatie gehad, maar daar was het vaak al meer een circus dan echt nuttige communicatieles, dus dan denk ik dat het inderdaad meer echt specifiek voor de huisartsenopleiding is."

- *"… misschien ook voor assistenten, maar dan wanneer ze al in hun assistentenopleiding zitten, want, zij worden eigenlijk denk ik nu zeer weinig begeleid over het algemeen. Wij hebben nog onze seminaries, ik denk dat dat bij assistenten, als je geluk hebt zit je in een toffe groep in het ziekenhuis dat je onder elkaar wat kunt ventileren, ik denk dat dat al heel wat is. maar ik vind het belangrijk dat het gegeven wordt op een moment dat je zelf al wat matuurder bent, in de praktijk staat of in je laatste jaar eventueel, maar niet in je bachelor ofzo, ja dan schiet het volgens mij het doel voorbij."*
- *"Ja, ik denk ook dat dat vrijwillige heel belangrijk is, want na de inleidende sessie vind ik dat sommige reacties van collega's wel negatief waren en zo wat lacherig, dan schiet zijn doel natuurlijk ook voorbij en het is niet de bedoeling dat je daar een of twee clowns in je groep hebt die alles verpesten voor wie er wel iets uit wil halen, dus dan denk ik inderdaad dat die vrijwillige basis wel belangrijk is, dat het aangeboden wordt. misschien verschillende zaken"*
- *"Ik denk dat de begeleiding op zich wel goed was, ook al was het maar een mailtje; ah ja denk aan je logboek. Voor mij was het de begeleiding van ah ja, juist, ik moest eraan denken, ja misschien. Je hebt zo van die systemen, zoals rookstop via sms ofzo, misschien is dat iets van; denk eens aan je 3 minuten adempauze ofzo. Ja, dat klinkt stom misschien he, maar misschien zou dat... En dan zo op een random moment eigenlijk he, want iedereen heeft moeilijke schema's, dus misschien is het ook gewoon goed dat het iedere dag op een ander moment van; hé, denk er eens aan."*
- *Misschien moet je volgend jaar op je seminariegroep kunnen aanduiden; ik ben geïnteresseerd in mindfulness of niet en dan doe je het gewoon in je seminariegroep. Zou een optie kunnen zijn hè. Misschien is het wel leuk om gewoon wat mensen samen te brengen die dat wel heel tof vinden en er wel een meerwaarde in zien."*

Respondent 3:

- *"Ik vind dat er meer aandacht voor moet zijn in de opleiding, voordat je aan je HAIO-jaren begint, want van student moet je ineens HAIO zijn. Bijvoorbeeld het afbakenen beheers je nog moeilijk; hier stop ik en ik werk niet langer. Eventueel sessies waarin je leert hoe je daarmee moet omgaan, dat is er nu niet."*
- *"Als je er al wat bewustwording rond krijgt voor je begint te werken en er wat meer bij stilstaat, denk ik dat het nuttiger zou zijn."*
- *"Ergens in een hoekje is dat ooit weleens vermeld, maar ik heb er nooit iets van les over gehad. maar als ik die sessie in mijn zesde of zevende jaar zou hebben gehad, dat dat wel nuttig was geweest. En voor alle, niet alleen voor huisartsen, ook voor specialisten, die hun werkdruk is soms nog veel groter dan de onze."*
- *"Ja, of zo gewoon tijdens je terugkomdagen, van uw stage bijvoorbeeld. Ik vond het nu nooit heel nuttig. Want ja daarvoor, is het allemaal heel zweverig en je hebt nog ooit echt stage gedaan en als je dan in je stage komt. eigenlijk vond ik dat wel echt heel zwaar."*
- *"…maar ik denk dat we ervoor al bewust gemaakt moeten worden; opgelet! En dat we er al regelmatiger mee bezig moeten zijn in trainingen, dan heb je het ook al in de vingers, dat maakt het gemakkelijker om even tussendoor te zeggen; oké, we gaan dat nu even doen, dan dat je dat nu ineens in een paar weken tijd... Denk ik, hoe meer dat je dat tegenkomt, hoe makkelijker je het beheerst. En dat je het dan makkelijker toepast."*
- *"Er zullen waarschijnlijk nog andere soorten cursussen en opleidingen zijn die je daarrond kunt geven, maar dit; zo die aandachtstraining lag me wel. Dus ik denk dat die mindfulness dan misschien wel iets voor mij zou kunnen zijn. Of dat je misschien in de opleiding verschillende soorten aanbrengt of dat je misschien verschillende technieken aanleert. Ik weet niet hoe dat je dat kunt doen."*
- *" Zelfs eventueel in modules ofzo he, zoals communicatietraining, maar dan zelfzorg, je staat er niet bij stil hoe belangrijk dat is he, maar dat is belangrijk voor je eigen functioneren."*

Op de vraag: "Er waren veel positieve reacties op de inleidende sessie, kunnen jullie je voorstellen dat als je vaker zo'n traject of zo'n sessie zou hebben, dat dat het gemakkelijker zou maken?"

- *"Voor mij wel denk ik, om echt zo die begeleiding er een beetje bij te hebben he, ja, ik denk dat dat voor mij wel nodig is om dat echt onder de knie te hebben en dan gemakkelijker toe te passen."*
- *"Ja, ik vind de begeleiding daarbij, dat is ook zo een beetje; mensen die proberen af te vallen, dat is soms makkelijker als naar een diëtiste gaat. Als externe controle een beetje, maar als je je bijvoorbeeld 1x per week zou kunnen inschrijven voor een skypesessie ofzo, dat je samen met iemand, echt een afspraak hebt daarvoor, dan maak ik daar wel tijd voor."*

Respondent 4:

- *"Ik herinner me wel vanuit de opleiding dat er weleens werd gesproken over zelfzorg in de communicatielessen enzo, maar dan is dat nog wel een ver van je bed-show, omdat je nog niet in de praktijk staat en omdat je nog niet ervaart hoe je opgeslokt kunt worden door al het werk en dan denk je van; oja, zelfzorg, ja uiteraard, evident. maar dat blijkt dan toch niet meer zo evident te zijn, eenmaal dat je in de praktijk staat. Ik denk dat er in de opleiding dus vooral gewerkt kan worden aan ja, het is niet gemakkelijk denk ik, een mentaliteitsswitch; die hardheid en die rivaliteit, dat vechten voor een specialisatieplek, om ter hoogste punten, ook gewoon mensen die in elkaars rug steken, punten niet delen, er is zoveel gaande achter de schermen, dat zorgt er gewoon voor dat je... Ook het stagejaar, er zijn zoveel verhalen over te vertellen, hoe dat je daaruit komt en er aanvankelijk bent ingestapt. Ik denk dat er nog veel in de opleiding veranderd kan worden om een meer zachte kant van de geneeskunde toe te laten."*
- *"Of we hadden het ook terug kunnen oppikken in onze seminaries. er elke keer even 5 a 10 minuten over hadden gereflecteerd. Ik denk op die manier dat we ook elkaar hadden kunnen aanzetten; is het bij u gelukt, nee? Ah, hoe komt dat? Ale, zo gewoon even daar, dat hebben we ook niet gedaan."*
- *"Onze STACO heeft daar wel echt zijn stempel een beetje op gedrukt in onze groep, omdat hij dat ook... ik herinnerde me de eerste keer dat hij zichzelf voorstelde dat hij dat al direct aangaf dat dat voor hem een belangrijk topic was… Zelfzorg, mindfulness, burn-out; dat soort thema's, dat werd direct aangehaald en dat heeft wel een open sfeer gecreëerd om het erover te hebben."*
- *"Ik sluit mij aan bij respondent 6, dat ik de persoonlijkere aanpak hier veel fijner vind."*

Respondent 5:

Op de vraag wat er volgens haar in de opleiding nodig zou zijn:

- *"Meer aandacht leggen op zelfzorg, normaliseren, waarom praten we daar niet over? Dat dat belangrijk is, dat het er mag zijn, hoe meer iets bespreekbaar wordt, hoe meer aandacht eraan kan worden gegeven, dan denk ik dat dat wel nuttig kan zijn."*
- *"Dat kan in de vorm van mindfulnesstraining, dat kan een deel daarvan zijn, ik vind wel dat je verschillende dingen moet aanbieden, zodat mensen hun weg daarin kunnen zoeken. Op vrijwillige basis, want als je iets erin propt, dat werkt averechts, maar op vrijwillige basis iets aanbieden..."*

Als reactie op een suggestie van een andere deelnemer om het vooral aan huisartsen aan te bieden:

- *"Is het dan niet jammer zijn dat mensen die assistent worden, die mogelijkheid niet ook hebben, want ik denk dat die er ook baat bij kunnen hebben."*

En op de vraag hoe ze ertegenover zou staan als er meer aandacht zou zijn voor het ontwikkelen van mindfulness-vaardigheden in de opleiding;

- *"Ik ben pro, ik vind dat er eigenlijk meer zou moeten worden uitgelegd welke stromingen er zijn en daar wat meer uitleg over, dat is evengoed een deel van de opleiding."*
- *"Preventie is best belangrijk, laat dat gewoon al, dat je al dingen hebt en kunt meepakken en iedereen is anders."*
- *"Er zijn HAIO's die het goed doen en er zijn HAIO's die uitvallen en dan denk ik wel; had het niet beter geweest als die wat meer handvatten hadden? je hebt een bepaalde verantwoordelijkheid, waarom bouwen we er gewoon niet iets voor in om ermee te kunnen omgaan."*
- *"Voor mij werkte dat niet, dat mailsysteem, dat was niet persoonlijk genoeg. Ik vind dít werken, dat je misschien om de zoveel weken in je groepje even komt; en hoe was het om het te doen en hoe zou je het anders kunnen doen. Dit is voor mij veel persoonlijker om te horen; ah het is ok dat het zo loopt, dan in een mailsysteem… In combinatie met de ademruimte die je dan thuis kunt implementeren en dan ook te reflecteren in groep; hoe is het gelopen, wat zou er anders kunnen, hoe was het voor u? Is voor mij ook heel sterk om het daarna weer te implementeren en er bewust mee om te gaan. Ik had niet zoveel aan die mailtjes of bijvoorbeeld smsjes."*
- *"Het is inderdaad aan de STACO om te kijken naar zijn groep, maar het kan dan bijvoorbeeld wel al een suggestie zijn om het voor te stellen aan je groep en te zeggen dat het er is en dan te kijken hoe je groep daarop reageert. als het negatief is, dan bied je het niet aan, maar als je het niet zegt, kan je het ook niet aanbieden."*

Respondent 6:

- *"Ja, dan weet je nog niet dat je het nodig hebt. Als je nog niet de druk hebt ervaren, of de stress, dan weet je ook niet dat je een verlichting daarvan nodig hebt, ja ik denk dat ook. Dus heel vroeg in de opleiding misschien niet, maar zo vanaf het stagejaar."*

Op de vraag of tussentijdse sessies, zoals de inleidende sessie de training gemakkelijker zou maken:

- *"Ik denk dat dat eerder nog een extra verplichting zou zijn, terwijl nu was het geen verplichting, dat maakte het juist makkelijk."*

Respondent 7:

Op de vraag of er volgens haar meer plaats zou moeten zijn voor mindfulness binnen het curriculum:

- "*Ik denk het wel, ja. En ja, als je nog aan het studeren bent aan de universiteit, dan sta je er niet bij stil en je denkt; dat komt wel goed,*

maar ik denk dat studenten iets meer bewust moeten worden gemaakt en als je het inderdaad regelmatig doet, dan kan het als een normale ervaring zijn en gewoonte zijn voor mensen en dan gaan ze het sneller en makkelijker doen, als je het regelmatig toepast. want nu is er nog steeds een beetje een drempel en denk je inderdaad meer aan patiënten dan aan jezelf. Ik denk dat dat heel interessant kan zijn om dat toe te passen tijdens de lessen communicatie."

- *"Maar eigenlijk denk ik dat we er in de opleiding iets over hebben gehad, maar toen dacht ik; ah ja, dat is niet zo belangrijk hè, ik zal zien als het zover komt en dan zal ik het wel kunnen, dan zal ik wel zien wat we gaan doen. Ik zag het belang er niet echt van. Ik weet niet of als we het regelmatig tijdens de opleiding zouden doen, in de lessen regelmatig toepassen, zodat dat gewoonte kan worden, maar ik zag er toen weinig belang van in, daarom heb ik dat niet zo meegepikt, maar nu besef ik dat."*

Discussie

Deze masterproef had als doel te onderzoeken of een korte aandachtstraining bij huisartsen in opleiding haalbaar is en hoe HAIO's een dergelijke interventie ervaren; wat het teweeg kan brengen.

1. Haalbaarheid

Zowel uit het logboek als uit de focusgroepen blijkt dat, ondanks de zeer beperkte tijdsinvestering nodig voor de training, de interventie weinig haalbaar is. Het logboek werd relatief weinig ingevuld en van de keren dat het logboek werd ingevuld (118 in plaats van 300 keer), werd slechts in een derde van de gevallen aangeduid dat de training 3 keer of vaker was toegepast in de voorafgaande week.

De meest-genoemde oorzaken in het logboek voor het niet of weinig toepassen van de training waren; vergeten en geen tijd. Slechts een paar keer werd aangevinkt dat men geen zin had gehad, en slechts één maal werd aangegeven dat men er het voordeel niet van opmerkte of dat het de deelnemer in kwestie een onaangenaam gevoel gaf.

Ook in de focusgroepen komt duidelijk naar voren dat de deelnemers moeite hadden de training toe te passen in het dagelijks leven, met name binnen praktijkverband. Ook hier worden als belangrijkste redenen gegeven dat men geen tijd had gehad, het te druk was geweest of dat men het gewoon was vergeten. Nu komen er echter ook nog enkele andere belemmeringen naar voren, zo blijken sommige HAIO's door praktijkomstandigheden niet genoeg rust te vinden en bang te zijn gestoord te worden, maar voelen ze zich ook niet comfortabel genoeg ten opzichte van collega's of de praktijk om zich even af te zonderen.

Opvallend is echter dat hoewel 'vergeten' en 'geen tijd' als belangrijkste barrières worden genoemd, de deelnemers aan de focusgroepen bijna allemaal erg in de aandachtstraining geloven. Ze geven aan de training nuttig en interessant te vinden en het nodig te hebben. Bovendien raden ze de training aan aan collega's binnen de praktijk en mindfulness aan hun patiënten. Ook geven ze juist aan dat de training ideaal was, doordat hij kort was en ze het als niet te moeilijk ervoeren! Er is dus een opvallende paradox tussen de mate waarin de HAIO's zo lovend zijn over de aandachtstraining enerzijds en het moeilijk zelf toepassen ervan anderzijds. De HAIO's geven aan dat ze het moeilijk vinden keuzes te maken in functie van zichzelf in plaats van in functie van de patiënt, de praktijk of een collega.

- *"voor mij is dat omzetten naar de praktijk... ik weet voor mezelf wel dat het beter is om dat wel te doen, maar de stap om het effectief te doen is dan te groot denk ik, hoewel het niet moeilijk is en het duurt niet lang."*

- *"Ik stel eigenlijk altijd anderen voorop, dus dan denk ik; ik zal maar nog een patiënt zien, dan doe ik dat straks wel, in plaats van dan eerst aan mezelf te denken."*

Zelf verklaren ze dit op twee manieren. Ten eerste geven ze aan dat dit het gevolg is van de mentaliteit die binnen de beroepsgroep heerst; een mentaliteit waarbinnen het normaal is om de patiënt op de eerste plaats te laten komen, veel uren te werken, zich niet ziek te melden en geen koffiepauzes te nemen. Dit maakt dat het voor hen niet vanzelfsprekend is actief de keuze te maken iets voor zichzelf te doen, al is het maar het opzetten van een geluidsopname van 3 minuten.

- *"Bij ons in de praktijk wordt er toch wel ingedramd dat je iedere minuut die je hebt, eigenlijk moet gebruiken om iets voor de praktijk te doen… ik had altijd het gevoel dat ik iets voor de praktijk moest doen en die aandachtstraining schoot er daardoor wat bij in."*

- *"Tegen patiënten zeg ik; blijf maar 2 dagen thuis, en ik zit zelf grieperig achter mijn bureau. En dan denk ik; hoe kan dat? Maar ik denk dat dat wel typisch is voor ons beroep en dat het bij alle dokters zo is; tijd nemen voor jezelf is moeilijk. En ik vind dat heel vreemd."*

- *"Ik ben nu heel ongelukkig enkele weken uitgevallen en mijn collega's hebben mij echt zitten pushen om al eerder terug te komen werken."*

Ten tweede zeggen ze onvoldoende geleerd te hebben hoe met zelfzorg om te gaan. Ook in de opleiding draait namelijk alles om het leveren van

de beste zorg voor de steeds mondigere patiënt, door middel van goede communicatie, evidence based medicine en veel kennis en vaardigheden. Aandacht voor grenzen stellen en zelfzorg is er echter amper. Sterker nog, de HAIO's ervaren de cultuur binnen geneeskunde als een harde cultuur, waarbij rivaliteit, prestatiedruk en stressvolle stages vooral bijdragen aan een gebrek aan zelfzorg.

- *"Het is ook in de opleiding altijd; patient-centered en evidence based en alles daarbuiten is een beetje weggecijferd. Ergens in een hoekje is dat ooit weleens vermeld, maar ik heb er nooit iets van les over gehad."*

- *"… het begint eigenlijk al in de opleiding hè. Vanaf jaar 1 is er rivaliteit, is er een lat die heel hoog gelegd wordt."*

Hoewel deze bevindingen verontrustend zijn en pijnlijk duidelijk maken hoe de geneeskundecultuur nog steeds ten koste gaat van het welzijn van de jonge arts, is dit eigenlijk niets nieuws. De aan de focusgroepen deelnemende HAIO's geven aan wat al enkele decennia bekend is. De cultuur binnen geneeskunde is een centrale factor die artsen ervan weerhoudt voor zichzelf te zorgen, zo schrijven Wallace et al. (13).
Ook Roberts et al. schreven in 2004 reeds hoe de cultuur binnen de opleiding geneeskunde individuele prestaties, hard werk en zelfopoffering beloont, waarmee het de opvatting inprent dat de beste artsen weinig behoeftes hebben, geen fouten maken en nooit ziek zijn (45). Dit wordt ook wel het verborgen curriculum genoemd, waarbij de waarden; dienstbaarheid, uitmuntendheid, compassie en curatieve competentie nauw met elkaar verbonden zijn. Dit is impliciet aanwezig binnen de cultuur van geneeskunde, vaak met eveneens een nultolerantie voor het maken van fouten.
Deze waarden maken dat artsen een grote mate van publiek respect verdienen en zijn bovendien een belangrijke factor in betekenisgeving en vreugde in het vak. Ze creëren echter ook onuitgesproken verwachtingen die destructief kunnen zijn en tot burn-out kunnen leiden (46).

Ook het tekort aan aandacht voor zelfzorg in de opleiding dat HAIO's ervaren, is niks nieuws. De masterproef van Katrijn De Troeyer over de moeilijkheden die HAIO's ervaren bij het omgaan met stress concludeerde dat er lessen over zelfzorg en stressmanagement in het curriculum nodig zijn. Dit om het stigma en de stilte wat betreft burn-out en andere psychische problemen te doorbreken. Ook voor het informeren over de hulpprogramma's voor artsen met psychische problemen is meer aandacht nodig binnen de opleiding, zo concludeerde ze (22).

2. <u>Effect van de aandachtstraining</u>

Ondanks dat de training slechts beperkt werd toegepast, waren de commentaren op de training veelbelovend. Afgezien van enkele reacties, waarin sommige HAIO's aangeven soms geen meerwaarde te ervaren van de training, de training beu te worden, of men de training moeilijk of onaangenaam vond, uitten de HAIO's zich overwegend positief. Zowel in het logboek als in de focusgroepen gaven deelnemers aan behoefte te voelen aan de training en hem soms zelfs meerdere keren per dag toe te passen.

- *"…eindelijk terug even tijd voor mezelf en even een echte pauze."*

- *"Het doet deugd om dagelijks in te checken bij mezelf."*

De meest genoemde invloed die de training had op de HAIO's was dat het rust gaf, ze zich minder gejaagd voelden, en eveneens meer rust binnen hun consultaties ervoeren na het beluisteren van de geluidsopname. Daarnaast werd beschreven hoe de training maakte dat men het eigen lichaam en zijn grenzen beter aanvoelde, en sneller opmerkte wanneer er rustmomenten nodig waren. Ook hielp de training te relativeren; deelnemers ervoeren dat ondanks de aanwezigheid van stress, ze zich nog altijd goed konden voelen; een positieve ervaring. Een HAIO beschrijft zelfs hoe de training haar op stressvolle momenten hielp bij haar onzekerheid.
Het consultvoeren en het arts-patiënt contact bleken eveneens gebaat te zijn bij de aandachtstraining. Beschreven werd hoe de training ervoor zorgde dat ze weer fris, met een open blik en met meer aandacht voor de patiënt en zijn verhaal de consultaties konden voortzetten. Ook gaven ze aan dat de training de concentratie

ten goede kwam en er meer openheid en compassie werd ervaren voor patiënten die op andere momenten irritatie konden opwekken.

De invloed van de training op het klinisch functioneren was minder duidelijk. Eén HAIO vertelt hoe de aandachtstraining er voor haar voor gezorgd heeft dat ze bewuster omgaat met de manier waarop ze haar consulten voert, met oog voor haar eigen attitude, haar blinde vlekken en met zo dus ook invloed op haar klinisch functioneren. Ook is er iemand die ervaart dat ze het gevoel had meer op te merken en meer uit het consult op te pikken. De meeste HAIO's geven echter aan geen verschil in klinisch functioneren te hebben opgemerkt, doch zich wel voor te kunnen stellen dat dit op langere termijn of met het consequenter toepassen van de aandachtstraining wel zou kunnen optreden.

Vergelijking met eerder onderzoek dient voorzichtig te gebeuren, gezien er in het huidige onderzoek geen gebruik is gemaakt van een gestandaardiseerd MBSR-programma. Bovendien bestaat er veel heterogeniteit in het onderzoek naar mindfulness-interventies bij zorgverleners en met name bij artsen.
Toch lijken de huidige resultaten in dezelfde lijn te liggen als die van eerder onderzoek.

Zo bleek een mindful communiceren-programma bij huisartsen het vermogen om aandachtig te zijn te vergroten evenals de capaciteiten goed naar de bezorgdheden van patiënten te luisteren. Twee aspecten die ook door onze deelnemers genoemd zijn. Ook gaven de huisartsen aan zich meer bewust te zijn van zichzelf. Ook dit is iets dat onze participanten aangaven (47).
Shapiro et al. vonden in 1998 reeds dat een MBSR-programma bij studenten geneeskunde een toename in empathie bewerkstelligde (35). Onze resultaten lijken daarbij aan te sluiten. Verder zijn er verschillende onderzoeken die vinden dat mindfulness-interventies bij artsen en zorgverleners het psychologisch welzijn van de artsen verbetert (36, 48-50). Het feit dat de HAIO's uit het huidige onderzoek aangeven dat de training hen goed doet, ze er rust in vinden en ze zichzelf beter aanvoelen zou ook op een verbetering van hun psychologisch welzijn kunnen wijzen.

3. Aanbevelingen van de HAIO voor het curriculum

De HAIO's in de focusgroepen delen de mening dat zelfzorg in de opleiding onvoldoende aan bod is gekomen en dat ze niet goed hebben geleerd hoe ze grenzen moeten stellen.
Ze geven aan dat er meer ruimte moet zijn voor bewustwording, dat de studenten geleerd moet worden op tijd eigen signalen op te pikken en dat het onderwerp genormaliseerd moet worden.

- *"We moeten meer aandacht hebben voor zelfzorg, we moeten het normaliseren, waarom praten we daar niet over?"*

Deze HAIO's zijn overigens niet de eerste om het belang van het aankaarten van zelfzorg in de opleiding te onderstrepen.
Het kenniscentrum voor de gezondheidszorg opperde in zijn rapport met adviezen tegen burn-out bij huisartsen, praktisch gerichte cursussen aan te bieden aan artsen in opleiding die oplossingen kunnen aanreiken om de moeilijkheden waar ze in de praktijk mee te maken krijgen, het hoofd te kunnen bieden (21). Zoals reeds eerder aangehaald, gaf ook Katrijn de Troeyer in haar masterproef reeds aan dat er nood is aan meer aandacht voor zelfzorg in de opleiding. Haar onderzoek wijst uit dat zeventig procent van de HAIO's vindt dat er onvoldoende aandacht aan zelfzorg wordt besteed in de opleiding. Vijfenzestig procent van de haio's wenst scholing over stressmanagement in de opleiding (22). En Dyrbye et al. schrijven in hun review dat een logische eerste stap in het aanpakken van burn-out bij studenten en arts-assistenten, het in de opleiding invoeren van de concepten; welzijn, zelfzorg en veerkracht, is. Ook schrijven ze dat veerkracht aangeleerd en versterkt kan worden, waarbij sociale ondersteuning en adequate copingvaardigheden sleutelfactoren zijn. (23). Tot slot voegen ze daar echter wel aan toe dat het aanleren van stressmanagement, zonder de factoren aan te pakken die bijdragen aan burn-out, juist cynisme kan verhogen. De studenten kunnen

het gevoel hebben dat de verantwoordelijkheid wordt afgeschoven. Er zijn dus, naast de opleiding, eveneens structurele veranderingen nodig in het werkveld die een gedeeld engagement tonen.

Over hoe de HAIO's dit het liefst in de opleiding geïncorporeerd zouden zien, zijn ze niet unaniem. Over het moment waarop dit het beste zou starten zijn de meningen bijvoorbeeld verdeeld. De een vindt dat het zo vroeg mogelijk al moet worden aangekaart, zodat het normaal wordt en de studenten er op latere momenten naar kunnen teruggrijpen of het verder kunnen uitdiepen, op een moment dat het nodig is. De ander vindt dat het niet te vroeg mag zijn, aangezien de student er dan niks aan heeft, gezien het wellicht nog een ver-van-het-bed-show is. Duidelijker is voor de HAIO's dat de stages in ieder geval een moment zijn waarop er voldoende aandacht aan besteed moet worden.

Ook over de doelgroep verschilde men van mening, waarbij de meerderheid van mening was dat het voor alle geneeskundestudenten in gelijke mate van belang is. Eén HAIO vond dat het vooral iets voor de huisartsen in opleiding was. Dit had te maken met de vrees dat het effect van dergelijke lessen wellicht teniet gedaan zou worden door studenten die het tegen hun zin zouden doen en daardoor een negatieve invloed op de groep zouden hebben. Dit zou ook een reden zijn om het vrijwillig te houden, zodat de deelnemers die er echt gemotiveerd voor zijn, er daadwerkelijk iets aan hebben en niet gestoord worden. Die vrijwilligheid werd door andere HAIO's in vraag gesteld.
Willen we zelfzorg normaliseren, moet het juist voor iedereen normaal worden, wat een argument kan zijn om het wel een verplicht onderdeel van het curriculum te maken.

Vanuit verschillende hoeken werd geopperd dat het wellicht een mogelijkheid zou zijn om een pakket aan te bieden waarin men zelf kan kiezen wat bij hem past.
De HAIO's geven aandachtstraining of mindfulness in een andere vorm een onderdeel van een dergelijk pakket kunnen zijn.
Dat aandachtstraining of mindfulness in een andere vorm een onderdeel moet zijn van een dergelijk lessenpakket, daar was men het over eens. Maar ook over de ideale invulling daarvan liepen de standpunten uiteen.
Zowel over de hoeveelheid begeleiding, de ideale duur van de training en het type training verschilde men van mening.

Belangrijk lijkt dan ook te zijn dat er in een dergelijk traject ruimte is voor persoonlijke invulling, aangezien de meningen erg uiteenlopend zijn over de precieze inhoud. Bovendien is zelfzorg iets zeer persoonlijks, waarbij het wellicht juist het doel moet zijn om studenten te begeleiden bij het zoeken van een eigen weg daarin.
Meer begeleiding dan het geval was in de huidige vorm van de aandachtstraining zou wellicht de drempel ervoor kunnen verlagen. De HAIO's zagen hierin eventueel een rol weggelegd voor de STACO.
Verder mag het geen of niet te veel extra werdruk opleveren, geven de HAIO's aan, aangezien ze nu al het gevoel hebben overvraagd te worden en aangezien dat als belemmering genoemd werd in de uitvoering van de aandachtstraining. Bovendien lijkt een toename in werkdruk juist in te gaan tegen de grondbeginselen van zelfzorg.

4. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Eén van de krachten van dit onderzoek is dat er geëxperimenteerd is met een interventie met als doel de HAIO een handvat aan te reiken voor zelfzorg en voor het omgaan met stress. Willen we vooruit gaan, is het nodig dat de brug geslagen wordt van literatuur en aanbevelingen, naar implementatie in de praktijk. Dit onderzoek is daar dan ook een stap in.
Het werken met focusgroepen gaf de mogelijkheid dieper in te gaan op de ervaren drempels en de beleving van de HAIO's. Ook dit is een kracht gebleken, gezien we op die manier drempels hebben kunnen identificeren die we anders niet hadden ontdekt, maar van groot belang blijken te zijn.
Een van de beperkingen van dit onderzoek is dat er echter slechts een beperkte hoeveelheid HAIO's hebben deelgenomen aan de focusgroepen. Hoewel veel van de besproken thema's

grotendeels overlapten en veel opmerkingen in beide focusgroepen overeenkwamen, is er geen datasaturatie bereikt.
Verder is er waarschijnlijk sprake geweest van een response bias. Enkele HAIO's gaven al aan dat, doordat ze de onderzoekster persoonlijk kenden, ze zich mede verantwoordelijk voelden voor het slagen van het onderzoek. Dit heeft verschillende consequenties. De HAIO's geven zelf aan dat ze dit ervoeren als een drempel in het uitvoeren van de training, doordat dat een drukopleverde. Vanaf dat die druk wegviel was het voor sommigen makkelijker de training wel te te passen.
Daarnaast zou het juist ook tot een bias kunnen hebben geleid, waarbij de deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven en dit een overschatting van de effecten geeft. Anderzijds zou je verwachten dat deze bias een grotere rol zou spelen in de focusgroepen, met aanwezigheid van andere HAIO's en de onderzoeker, dan in het logboek. In het logboek is er gebruik gemaakt van een open, neutrale vraag, waarbij te kennen werd gegeven dat alle antwoorden welkom waren. De resultaten tussen het logboek kwamen echter grotendeels overeen.
Verder kan er sprake zijn geweest van een selectie bias. Doordat er sprake was van zelfselectie, kan het zijn dat de deelnemers erg gemotiveerd waren voor het onderzoek, wat tot een overschatting van de effecten zou kunnen hebben geleid. De mate waarin HAIO's in de focusgroepen aangeven erg in de interventie te geloven, zou hierop kunnen wijzen.
Tot slot kunnen er door het ontwerp van het onderzoek en de keuze voor kwalitatief onderzoek, geen conclusies worden getrokken voor de totale HAIO-populatie.

5. Toekomstig onderzoek

Het onderzoek naar de voordelen van mindfulness in de opleiding geneeskunde staat nog in zijn kinderschoenen, dus er is meer onderzoek naar nodig, bij voorkeur gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek!
In de inleidende sessies zagen we reeds dat er mensen zijn die zich negatief uiten over de aandachtstraining en mindfulness of zich er oncomfortabel bij voelen. Ook zijn er een aantal deelnemers geweest die niks meer hebben laten weten, noch het logboek hebben ingevuld. Bovendien zijn er enkele afvallers geweest, waarvan er 2 aangaven dat de training niks voor hen was. Dit lijkt erop te wijzen dat mindfulness sommigen wel aanspreekt, maar anderen niet. Onderzoek naar of dit inderdaad zo is, waarom dat zo is en of dit een invloed heeft op de werkzaamheid ervan, zou zeer zinvol zijn.
Het huidige onderzoek heeft gebruikgemaakt van focusgroepen, het zou echter eveneens interessant zijn om gebruik te maken van meer gestandaardiseerde methodes om het effect van mindfulness in de klinische praktijk te meten. Meer onderzoek naar de invloed van mindfulness op het klinisch functioneren zou eveneens zeer interessant zijn, gezien dit nog niet of amper onderzocht lijkt te zijn. Ook de invloed op de ervaring van de patiënt zou daarbij betrokken kunnen worden.
Tot slot is er, zoals Dobkin et al. reeds aangaven, meer onderzoek nodig naar het implementeren van de onderwerpen; welzijn, zelfzorg en mindfulness, in het medische curriculum. Wat is het ideale moment, in welke vorm en met welke inhoud wordt dit het beste aangeboden en moet dit facultatief zijn of niet?

Conclusie

- Hoe kan het dat, als de prevalentiecijfers van psychische problemen zoals burn-out bij (jonge) artsen zo hoog zijn, we hier niet voor gewaarschuwd worden? Hoe kan het dat hier nauwelijks over wordt gesproken binnen de opleiding?
- Hoe kan het dat, als het welzijn van de arts zo nauw in verbinding blijkt te staan met de geleverde kwaliteit van zorg, er binnen en na de opleiding nauwelijks aandacht wordt besteed aan zelfzorg?
- Hoe kan het dat de eerste onderzoeken over de psychologische problemen bij artsen al dateren uit de jaren 90 en zelfs nog vroeger, maar HAIO's op dit moment nog altijd het gevoel hebben dat er te weinig aandacht voor is?

Een antwoord formuleren op die vragen is ongetwijfeld enorm gecompliceerd. Het gaat om een medische praktijk die al decennia lang op deze manier wordt uitgeoefend. De waarden die daaraan ten grondslag liggen, zijn diep geworteld en daardoor moeilijk in vraag te stellen. Dit zorgt voor een conflicterende situatie waarbij er artsen zijn die zich vasthouden aan de traditionele waarden, begrijpelijk, de identiteit binnen het beroep is daar immers vaak op gestoeld. Anderzijds zijn er anderen die een beeld van de uittraining van geneeskunde aanhangen waarin gestreefd wordt naar meer evenwicht tussen beroeps- en sociaal leven en meer samenwerking onder andere tussen huisartsen (21). Bovendien is die cultuur niet enkel iets dat geïnternaliseerd wordt door de arts, maar vinden we die ook terug in het financiële systeem, denk maar aan de ziekenhuizen die afhankelijk zijn van de relatief goedkope arts-assistenten. Deze arts-assistenten wordt gevraagd een opting-out te tekenen waarbij ze akkoord gaan met werkweken tot 72 uur.

De professoren die mee de geneeskunde-opleiding vormgeven zijn bovendien vaak eveneens diensthoofd of staflid van diezelfde afdelingen die draaien mede dankzij deze arts-assistenten. Je zou van belangenverstrengeling kunnen spreken. Enerzijds is er de verantwoordelijkheid te voorzien in empowerment van de student en anderzijds zou de 'té' mondige arts-assistent wellicht een bedreiging voor de werking van de diensten.

Eén ding is zeker; het huidige veeleisende en zelfopofferende klimaat waarin de (jonge) arts moet functioneren, komt noch de patiënt, noch de arts ten goede.

Al met al lijkt het erop dat, willen we veerkrachtige, gezonde artsen opleiden die in kunnen staan voor hun eigen welzijn, zowel de mentaliteit binnen de opleiding geneeskunde als de cultuur op de werkvloer zal moeten veranderen. Zolang er geen werkmilieu wordt geschapen waarin het aanvaard of zelfs normaal is actief met zelfzorg bezig te zijn, zullen interventies zoals de aandachtstraining, hun beoogde effect niet hebben. We zien dit terug in de beperkte haalbaarheid van de aandachtstraining, ondanks de positieve effecten.

HAIO's geven echter aan wel nood te hebben aan dergelijke hulpmiddelen. Bovendien is er behoefte aan open conversatie over zelfzorg en grenzen stellen. Hoewel dit dus idealiter zou kaderen in een bredere waaier aan maatregelen, zou de evolutie naar een curriculum waarin zelfzorg wordt gestimuleerd en waarin handvatten worden aangereikt, al een belangrijke eerste stap kunnen zijn. Gezien de veelbelovende resultaten, zou hierin een mooie rol weggelegd kunnen zijn voor een vorm van aandachtstraining.

"Ik denk dat er nog veel in de opleiding veranderd kan worden om een meer zachte kant van de geneeskunde toe te laten."

Referenties

1. Code van medische deontologie, (2018).
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
3. Vandenbroeck S, Vanbelle E, De Witte H. Samenvattend rapport: on derzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen. KU Leuven en IDEWE; 2012.
4. Artrchine-kachi, Zahra. Burn-out bij huisartsen in opleiding. Leuven: K.U. Leuven; 2015-2016.
5. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2019;55:36-42.
6. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Acad Med. 2014;89(3):443-51.
7. Temple J. Resident duty hours around the globe: where are we now? BMC Med Educ. 2014;14 Suppl 1:S8.
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2008;149(5):334-41.
9. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161(12):2295-302.
10. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry. 1996;168(3):274-9.
11. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. Crit Care Med. 2007;35(2 Suppl):S106-16.
12. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC Med Educ. 2005;5:21.
13. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714-21.
14. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008;336(7642):488-91.
15. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA. 2010;304(11):1173-80.
16. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136(5):358-67.
17. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 2006;296(9):1071-8.
18. Prioritaire zones huisartsen: Agentschap zorg en gezondheid; 2018 [https://www.zorg-en-gezondheid.be/prioritaire-zones-huisartsen].
19. Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. Occup Environ Med. 2008;65(5):364-6.
20. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. Hum Resour Health. 2015;13:74.
21. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg; 2011.
22. De Troeyer, Katrijn. Stress en het verhoogd risico op burn-out: een uitdaging voor de haio. Gent: Universiteit Gent; 2016-2017.
23. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016;50(1):132-49.
24. Schrijver I. Pathology in the Medical Profession?: Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout. Arch Pathol Lab Med. 2016;140(9):976-82.
25. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Can J Anaesth. 2017;64(2):158-68.
26. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 2001;323(7315):728-31.
27. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. Soc Sci Med. 1997;45(1):41-4.
28. Deroost A, Braeckman L, Remmen R. Preventiestrategieën voor burn-out tijdens de artsenopleiding; een beschrijvend en kwalitatief onderzoek. HuisartsNu. 2016.

29. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. PLoS One. 2015;10(4):e0124344.
30. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. 2013.
31. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. J Behav Med. 1985;8(2):163-90.
32. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. Psychol Med. 2017;47(6):990-9.
33. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2013;33(6):763-71.
34. Shapero BG, Greenberg J, Pedrelli P, de Jong M, Desbordes G. Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. Focus (Am Psychiatr Publ). 2018;16(1):32-9.
35. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med. 1998;21(6):581-99.
36. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. Stress Health. 2017;33(1):3-13.
37. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. Med Teach. 2018;40(2):146-53.
38. van Dijk I, Lucassen PLBJ, Akkermans RP, van Engelen BGM, van Weel C, Speckens AEM. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Acad Med. 2017;92(7):1012-21.
39. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2017.
40. Dobkin PL, Hutchinson TA. Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going? Med Educ. 2013;47(8):768-79.
41. Epstein RM. Mindful practice. JAMA. 1999;282(9):833-9.
42. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. Complement Ther Med. 2016;24:19-28.
43. Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. J Clin Psychol. 2009;65(6):627-38.
44. Prof. dr. Mortelmans D. Nvivo, een inleiding2009.
45. Roberts LW, Warner TD, Rogers M, Horwitz R, Redgrave G, Care CRGoMSH. Medical student illness and impairment: a vignette-based survey study involving 955 students at 9 medical schools. Compr Psychiatry. 2005;46(3):229-37.
46. Nedrow A, Steckler NA, Hardman J. Physician resilience and burnout: can you make the switch? Fam Pract Manag. 2013;20(1):25-30.
47. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. Acad Med. 2012;87(6):815-9.
48. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, Lucassen PL, Donders AR, van der Horst HE, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(643):e99-105.
49. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. Ann Fam Med. 2013;11(5):412-20.
50. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA. 2009;302(12):1284-93.

Bijlage 1; Opzet inleidende sessie

Communicatie draait rond aandacht

- Voor de ander
- Voor jezelf
- Voor wat tussen jullie gebeurt

Uitnodiging om samen aandacht te trainen en eens te ervaren en observeren wat aandacht juist is en met iemand doet.

Zet jullie per 2 : A en B

A vertelt iets moeilijks van deze periode (niet te moeilijk – bv. iets van je studies nu, of iets anders)

B luistert met aandacht: geef A de volle aandacht (2 minuten).

Dan stopt A met aandacht geven (ook 2 minuten). (Deden we al in Ba1 – breng je aandacht naar eender waar.)

Nabespreken per tweetal. Wat is het verschil? Wat doet aandacht?

Dan wisselen. En op nieuw doorspreken.

Afronden en in plenum komen.

We hebben twee dingen uiteen gehaald: spreken en luisteren.

Hoe was het om aandacht te krijgen – geen aandacht te krijgen ?

Maakt duidelijk hoe belangrijk aandacht is. Aandacht die ruimte geeft, bestaansrecht.

Is alle aandacht even weldadig ? Welke niet? Oordelend, bepalend, controlerend, iets van plan met jou. (De kat voor de muis.)

Hoe was het om aandacht te geven of geen aandacht te geven? Wat gebeurde er bij jullie als je aandacht gaf? Waar zat je?

1. Helemaal bij de ander (zoals in een film)?
2. Helemaal bij jezelf?
3. Navette: over en weer
4. Ruimte waarin je allebei inzit: ik zit hier, ik heb bestaansrecht, ik heb contact met mezelf én met jou in een ruimte en geef ook jou bestaansrecht.

Ken je dat gevoel dat je steendood bent na een gesprek met iemand? De andere zuigt alle aandacht en geeft jou geen ruimte en geen kans voor dialoog. Gesprek is maar echt waardevol als die ruimte er is voor beiden. Anders monoloog. Hoe kunnen jullie je zelf terug present maken?

Belang van aandacht in de geneeskunde

Aan de hand van het boek; ‘Attending’ en van een passage ervan wordt ingegaan op het belang van aandacht binnen de geneeskunde.

Samen onderzoeken wat bedreigingen zijn voor aandacht in de consultatie.

Hoeveel aandacht schenken we onszelf binnen ons vak?

Aandacht kan je trainen!

Verkennen aandacht voor jezelf en het eigen perspectief. (Drie of meer minuten ademruimte.)

Comfortabele houding – ogen dicht?

Hoe is het met mij?

Aandacht bij je ademhaling.

Meeste mensen zijn afgeleid. Keuze om terug te komen. Mildheid erbij.

Aandacht voor het lichaam; geluiden; gevoelens en gedachten.

Hoe is het met mij? Misschien zeer ontspannen – misschien merkt je iets dat je bezig houdt of dwars zit. Keuze om

- Op te lossen – te oordelen – kritiek te geven op jezelf
- Of om ruimte te geven – jezelf bestaansrecht te geven met de dingen die je merkt.

Hoe was dat?

Toelichten van het onderzoek; 'korte aandachtstraining bij huisartsen in opleiding'.

- Wat houdt deelname in?
    - Enkele keren per week training; '3 minuten ademruimte'.
    - Wekelijks kort logboek invullen (online vragenlijst)
    - Over 3 maanden evaluatie-sessie

- Informed consent invullen!

- In je mailbox; de geluidsopname
    - Op je telefoon, op je bureaublad…
    - Enkele keren per week oefenen, bij voorkeur dagelijks, gedurende 3 maanden.

- In je mailbox; wekelijkse reminder en link logboek
    - Wekelijks in te vullenl korte bevraging

- Evaluatiesessie (belangrijk!)
    - Over 3 maanden in kleine groepjes

Bijlage 2; Tekst van de geluidsopname '3 minuten ademruimte'

Drie minuten ademruimte

De 'drie minuten ademruimte'-training, is een training die je op ieder moment, overal kunt doen. Ze is opgebouwd uit drie vragen.

1. *De eerste vraag is; op dit moment, hier, nu; hoe voel je je?*

Dus stop even met waar je mee bezig was en ga even voor jezelf na, hoe je je op dit moment voelt. Heel eerlijk, met een milde open aandacht. Voel je je fantastisch, dan merk je dat je je fantastisch voelt. Voel je je verschrikkelijk, met dezelfde milde, open aandacht, merk je dat je je verschrikkelijk voelt. Niks afduwen, niks bijhouden.

2. *De tweede vraag is; hoe is je ademhaling?*

En voel hoe op dit moment je ademhaling is. Voel hoe je inademt en voel hoe je uitademt. Als je merkt dat je afgedwaald bent, geen problem, terugkomen naar je ademhaling. Telkens weer terugkomen; terugkomen, terugkomen, terugkomen.

3. *De derde vraag is; Hoe voelt je lichaam nu?*

Dus ga met je aandacht naar je hele lichaam en voel hoe je lichaam nu voelt. Wat er ook in je lichaam te voelen valt. Probeer geen enkel gevoel te onderdrukken, probeer geen enkel gevoel bij te houden. Gewoon met een milde open aandacht aanwezig zijn bij wat er ook op dit moment in je lichaam te voelen is.

En dan vervolgens ga je gewoon weer verder met wat je te doen hebt, met wat je bezig was.

Bijlage 3: Logboek

*1. Naam en voornaam

*2. E-mailadres

*3. Naam STACO

*4. Opleidingsjaar

- Jaar 8
- Jaar 9

*5. Aan welke universiteit heb je je basisopleiding gedaan?

*6. Ben je al eerder in contact gekomen met mindfulness?

- Nee
- Ja

Zo ja; geef een korte toelichting

*7. Hoe vaak heb je in de afgelopen week de training '3 minuten ademruimte' toegepast?

- Niet
- Minder dan 3x
- 3x of vaker
- Elke dag

*8. Wat hield je tegen om de training vaker toe te passen?

- Ik had er geen tijd voor.
- Ik ben het vergeten.
- Ik had technische problemen.
- Ik had er geen zin in.
- Anders (geef nadere toelichting):

*9. Beschrijf kort je gedachten, ervaringen of bedenkingen; wat merk je op?

Bijlage 4: Protocol focusgroep

Welkom	Goedemorgen allemaal. Bedankt dat jullie tijd hebben kunnen maken om hier aanwezig te zijn en dat jullie aan het onderzoek hebben meegedaan!
Voorstelling	Zoals jullie weten, ben ik Joosje Molenaar, tweedejaars HAIO. Ik zal de discussie proberen te leiden. *Ook Luc Debaene kennen jullie inmiddels, hij zal het gesprek bijwonen en meehelpen om alle informatie te verzamelen. Dit is Nele Michels, professor aan de faculteit geneeskunde van de universiteit en tevens promotor van dit onderzoek. Zij zal helpen om alle informatie te verzamelen.*
Doel	Het doel van vandaag is samen te evalueren wat de korte aandachtstraining voor HAIO's kan betekenen op persoonlijk en professioneel vlak. Met andere woorden; hoe jullie deze ervaren hebben.
Nadere toelichting	We zouden vandaag graag van jullie horen hoe jullie de aandachtstraining hebben ervaren; wat er goed ging, wat er moeilijk liep. Of jullie er iets van meepikken en zoja, wat dan precies. Het gaat zowel over de inleiding die jullie hebben gehad, aan het begin van de aandachtstraining, als over het toepassen van de training in het dagelijks leven. Het is belangrijk dat we vandaag zowel aandacht hebben voor wat het voor jullie heeft bijgedragen en goed ging, maar ook voor de haalbaarheid van de training en wat er wellicht moeilijker aan was. We horen straks ook graag of jullie suggesties hebben voor hoe het beter zou kunnen aansluiten bij wat jullie nodig hebben.
Audio (en ethiek)	Vooraf wil ik nog even meegeven dat we de discussie willen opnemen. De opnames worden uiteraard enkel gebruikt voor dit masterproef-project. De data zullen worden gecodeerd, zodat we de gegevens op een anonieme manier kunnen verwerken. Alle data zullen ook vernietigd worden na afloop van het project. Kan iedereen zich hierin vinden? Dan zou ik jullie willen vragen ook de toestemmingsformulieren te tekenen.
Enkele regels	Graag zou ik, om te beginnen, enkele regels met jullie willen afspreken. 1) Ten eerste is het belangrijk dat iedereen hier vrij kan spreken en zijn ervaringen en meningen kan uiten. Ik zou dan ook willen vragen elkaars privacy te respecteren en straks buiten dit lokaal alles wat er gezegd is voor je te houden! 2) Er zijn geen goede of foute antwoorden, het is de bedoeling objectief te onderzoeken of en wat de aandachtstraining heeft gedaan, dus alle ervaringen en ideeën zijn welkom! 3) Ook zou ik jullie willen vragen om elkaar uit te laten spreken, dit is belangrijk voor de registraties. 4) Ook zou ik jullie willen vragen je telefoons uit te schakelen, indien mogelijk, zodat we niet gestoord worden
Vragen	Is alles duidelijk? Zijn er misschien prangende vragen?

IJsbreker	Om te beginnen zou ik graag even een introductie-rondje doen; zoek even het bordje met je naam uit en zet deze voor je, zodat Luc het goed kan zien en zet er op volgorde even een nummer achter. En dan zou ik graag even willen beginnen met een rondje waarbij je jezelf voorstelt en kort vertelt hoe jij in het dagelijks leven zelfzorg toepast.
Haalbaarheid	Goed, dankjewel! Dan wil ik graag eerst eens horen in hoeverre het voor jullie gelukt is om de aandachtstraining toe te passen. We willen graag nagaan in hoeverre het haalbaar was. - Is het gelukt de training toe te passen? - Wat maakte dat het goed of minder goed lukte? - Zijn er misschien andere manieren waarop je het hebt toegepast, in plaats van het uitvoeren van de training zelf? - Was er een invloed van het moeten invullen van het logboek?

Ervaring	Dan zou ik nu graag verder ingaan op de ervaring zelf; hoe was het voor jullie om de aandachtstraining te doen.
	
	- Hoe was het om de training te doen?
	  o Vond je het moeilijk/makkelijk? Vond je het fijn of vervelend?
	  o Hoe kwam dit? Wat vond je precies moeilijk, makkelijk, fijn of vervelend?
	  o Heb je opvallende zaken opgemerkt tijdens het doen van de training?
	- Hoe was het om de inleiding te doen?
	- Merkte je dat de training ook buiten de training een effect had?
	  o Kan je hier wat meer over vertellen?
	  o Op persoonlijk vlak?
	  o In patiëntencontact?
	  o In klinisch functioneren?
	- Wat nemen jullie mee uit de aandachtstraining?
	- Vind je dat mindfulness in deze vorm of een andere een meerwaarde zou kunnen zijn voor de (huis)arts?
	  o Kan je daar meer over vertellen?
	- Of: hoe zou je ertegenover staan, mocht er in de opleiding meer aandacht voor de ontwikkeling van mindfulness-vaardigheden zijn?
	  o Kan je dat uitleggen?
	- Denk je dat je er nog verder mee aan de slag zult gaan?
	  o Zo ja, hoe?
	- Heeft het je nieuwsgierig gemaakt naar mindfulness?
	- Wat vond je goed en wat vond je minder goed aan de aandachtstraining?

	Heb je suggesties voor de training? Wat zou je graag anders hebben gezien? Hoe zou je er meer baat bij hebben? - Zou het bijvoorbeeld zinvol zijn om er meer begeleiding bij te hebben? - Of zou je graag meer afwisseling hebben gehad in de trainingen? - Zou het beter zijn als het een uitgebreidere geluidsopname zou zijn?
Slotvraag	Zijn er nog zaken niet aan bod gekomen?
Dank	Hartelijk bedankt voor jullie deelname, en het delen van jullie ervaringen en meningen!

Bijlage 5; Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. N. Michels
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Een korte aandachtstraining-interventie bij huisartsen in opleiding (Manama HA geneeskunde Joosje Molenaar)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
10/09/2018	18/10/115	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 10/09/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Joosje Molenaar
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 4/09/2018
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 4/09/2018
  Versie 2
- Diverse aangepaste versie dd. 4/09/2018
  Uitnodigingsbrief stage-coördinator, versie 2
  'Aandachtstraining', versie 2
  'Drie minuten ademruimte', versie 2

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Als beheerder van de databank en de codetabel wordt best naast de 'huisarts assistent in opleiding' ook de promotor aangeduid

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum	ons kenmerk	contactpersoon
10/09/2018	18/10/115	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. J. Molenaar, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk