Morele stress en ethisch klimaat in de Vlaamse huisartspraktijk: een exploratieve studie.

Dr. Raf Coremans en Dr. Anton Saerens, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Co-promotor: Prof. Dr. Yvonne Denier, Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de universiteit waaraan de auteurs zijn ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond: Morele stress wordt door zorgverleners ervaren wanneer ze weten wat het goede doen inhoudt, maar niet overeenkomstig kunnen handelen door omstandigheden. Ethisch klimaat omvat de gehele context binnen een organisatie die ethisch geladen beslissingen en acties door zorgverleners beïnvloedt. Ethisch klimaat kan morele veerkracht bevorderen en zo een oplossing bieden voor morele stress. Beide concepten zijn van belang voor het professioneel welzijn van de zorgverlener, intenties tot jobverlating en kwaliteit van zorg. Tot dusver focuste onderzoek vooral op verpleegkundigen en ziekenhuissettings en werden interacties tussen determinanten en gevolgen weinig bestudeerd. Deze exploratieve studie bestudeert het ontstaan, de rol van en het belang van morele stress en ethisch klimaat voor Vlaamse huisartsen.

Methode: In een eerste kwantitatief deel gebruiken we de *"Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals"* vragenlijst (MMD-HP) om bronnen van morele stress in kaart te brengen in de huisartspraktijk. In een tweede kwalitatief deel trachten we a.d.h.v. interviews morele stress en ethisch klimaat in de huisartsenpraktijk in de diepte te doorgronden.

Resultaten: Praktische factoren zoals administratieve verplichtingen en tijdsgebrek scoren hoog als bronnen van morele stress bij 81 huisartsen. Er werd geen relevant verband gevonden tussen persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, ervaring, samenwerkingsverband, opleidingsstatus) en morele stress. De impact van morele stress op jobverlating is aanzienlijk: 6% van de respondenten is ooit gestopt, 25% heeft dit ooit overwogen en 15% van de artsen overweegt jobverlating vanwege morele stress. Diepte-interviews bij 13 huisartsen leren dat aanleidingen voor morele stress zeer talrijk zijn en stoelen op een uiteenlopende visie op goede zorg of schade aan het collectief belang. Belangrijke determinanten bevinden zich op micro- (arts), meso- (zorgcontext), macro- (breder kader van de eerstelijnszorg) en communicatief niveau. Reacties en copingmechanismen bij huisartsen verschillen niet fundamenteel in andere zorgsectoren. Het ideale ethisch teamklimaat is voor elke huisarts verschillend en wordt beïnvloed door vroegere ervaringen. Sommigen verkiezen een spontane aanpak, anderen een proactieve benadering. Een aantal belangrijke principes voor dit klimaat komen terug. We stellen vast dat bij huisartsen veel bereidheid bestaat om in dialoog te treden; anderzijds merken we vaak dat kennis, taal en concrete handvaten ontbreken om met morele stress en ethisch klimaat aan de slag te gaan.

Conclusie: Verschillen in oorzaken van morele stress bij de enquête en de interviews leren ons dat de rijke essentie van morele stress slechts bloot komen te liggen wanneer diepgaande dialoog plaatsvindt; vragenlijsten laten dan weer toe een globaler overzicht van de determinanten te verwerven. Deze studie levert huisartsen (h)erkenning in ethisch geladen situaties. Om huisartsen in staat te stellen een veerkrachtig ethisch klimaat te verwezenlijken, formuleren we een aantal bedenkingen en suggereren we opleidingen, intervisiemomenten, bijstand van coaches, individuele psychotherapie, het ontwikkelen van een taal en aandacht voor een goed praktijkmanagement.

A. Inhoudsopgave

Abstract **3**

A. Inhoudsopgave **4**

B. Rationale en studieopzet **6**

C. Oriënterend literatuuronderzoek **7**

1. Methodologie *7*

2. Morele stress *7*

2.1 Korte definitie en geschiedenis van het begrip 7

2.2 Determinanten bij ontstaan van morele stress 8

2.3 Operationalisering door enquête: MMD-HP 9

2.4 Belang en gevolgen van morele stress 9

2.5 Perspectief: morele veerkracht 10

3. Ethisch klimaat *11*

3.1 Korte definitie en geschiedenis van het begrip 11

3.2 Belang van ethisch klimaat in de gezondheidszorg 13

4. Verband tussen morele stress en ethisch klimaat *13*

D. Veldonderzoek **15**

1. Methode *15*

1.1 Onderzoekspopulatie 15

1.2 Vragenlijst 15

1.3 Diepte-interviews 15

1.4 Ethische goedkeuring 16

2. Resultaten enquête morele stress *17*

2.1 Kenmerken van de steekproef 17

2.2 Beschrijvende gegevens 17

2.3 Toegevoegde situaties 18

2.4 Verbanden 19

3. Resultaten diepte-interview: morele stress, ethisch klimaat, morele veerkracht *20*

3.1 Populatie 20

3.2 Situaties die morele stress veroorzaken 20
3.2.1 Aanleidingen 20
3.2.2 Determinanten van morele stress 23
3.3 Belang van morele stress 30
3.3.1 Emotioneel 30
3.3.2 Fysiek 31
3.3.3 Existentieel 31
3.3.4 Vermijding en verstilling 32
3.3.5 Kwaliteit medische zorg 32
3.3.6 Beroepsverlating 32
3.4 Reactie op morele stresservaringen 33
3.4.1 Balans draaglast-draagkracht herstellen 33
3.4.2 Volharden 35
3.4.3 In gesprek gaan 35
3.5 Rol van ethisch klimaat in de ervaring van morele stress 35
3.5.1 Leidende principes 35
3.5.2 Spectrum 40
3.6 Morele veerkracht als gevolg van morele stress en ethisch klimaat 41
3.6.1 Korte termijn 41
3.6.2 Lange termijn: professionele groei 42

4. Discussie 45
4.1 Belangrijkste resultaten 45
4.1.1 Morele stress 45
4.1.2 Ethisch klimaat 52
4.2 Beperkingen 54
4.3 Sterktes 55
4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek 56

E. Besluit 57

Persoonlijke reflecties en werkverdeling 59

1. Reflectie Anton Saerens 59

2. Reflectie Raf Coremans 60

Dankwoord 63

Referenties 64

B. Rationale en studieopzet

Morele stress en ethisch klimaat, zoals we verder in deze scriptie uit de doeken doen, zijn sterk gerelateerd aan elkaar en hebben een belangrijke impact op uitkomsten van zorg.
Totnogtoe werden deze fenomenen vooral bestudeerd bij verpleegkundigen en in ziekenhuizen, in het bijzonder intensieve zorgenafdelingen en levenseindezorg. In andere zorgsettings zijn beide begrippen, hun impact en een eventueel verband - voor zover wij weten - nog amper uitgeklaard.
Een van die weinig bestudeerde settings is de eerstelijnsgeneeskunde. Ondanks enkele indicaties dat op niet-intensieve zorgenafdelingen minder morele stress bestaat (1), is er eveneens anekdotisch bewijs van diepgaande effecten van morele stress bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's). Daarnaast speelt morele stress een rol in burn-out en mentaal onwelzijn bij huisartsen en HAIO's (2, 3). De opkomst van samenwerkingsverbanden als groepspraktijken en wijkgezondheidscentra is een belangrijke evolutie. Ze zouden zowel een bevorderende als een remmende factor kunnen zijn voor morele stress (4, 5). Andere vorsers kwamen daarnaast tot de aanbeveling ethisch klimaat in andere medische settings te bestuderen (1).
Na het doornemen van bestaande literatuur stelden we daarom een exploratief onderzoek in, geleid door volgende vragen:

- Hoe leeft morele stress in de Vlaamse huisartsenpraktijk?
- Wat is de rol van ethisch klimaat in de ervaring van morele stress bij Vlaamse huisartsen?
- Hoe kunnen ethisch klimaat en morele stress resulteren in morele veerkracht in de Vlaamse huisartsenpraktijk?

C. Oriënterend literatuuronderzoek

1. Methodologie

PubMed werd doorzocht met zoektermen: “moral distress” en “ethical climate”. Vanuit enkele sleutelpublicaties die werden aangeleverd door onze promotoren werd er vooral diepgaand gesneeuwbald vanuit de referentielijsten. Het betreft hier dus een “scoping review” van de literatuur.

2. Morele stress

2.1 Korte definitie en geschiedenis van het begrip

Jameton poneerde in 1984 voor het eerst het begrip morele stress: “Morele stress is het gevolg van niet kunnen handelen naar wat men zelf als een ethisch gepaste actie ziet, dit ten gevolge van organisatorische beperkingen en grenzen.” De meeste studies en schalen die morele stress trachten te meten, vertrekken vanuit dit concept, hoewel er sinds genoemde eerste publicatie nuances en kritieken op deze definitie zijn gekomen (6). De oorspronkelijke definitie legt de nadruk op externe beperkingen als oorzaak van morele stress, waarbij het botsen van verpleegkundigen op de medische autoriteit van artsen een belangrijke rol speelt. In kwantitatief onderzoek gebaseerd op deze definitie zou morele stress dan ook vooral worden geobserveerd bij verpleegkundigen (7, 8).

In het verloop der jaren werden andere definities van morele stress voorgesteld, waarvan een overzicht van mogelijke definities gegeven wordt door Morley et al in 2019 (9). Deze auteurs kwamen op basis van een narratieve systematische literatuurstudie tot een ruimere conceptuele definitie. Volgens deze auteurs zijn de noodzakelijke en voldoende voorwaarden om te kunnen spreken van morele stress de volgende: *(a) het ervaren van een moreel event, (b) het ervaren van psychologische stress en (c) een causale link bestaat tussen (a) en (b).*
Met deze bredere definitie trachten deze auteurs het fenomeen morele stress breder te beschouwen en stelden ze de gevolgen op psychisch en fysiek vlak meer in het licht. Het al dan niet (kunnen) komen tot een moreel oordeel werd tenslotte expliciet genoemd als factor in het ontstaan van morele stress. Een moreel dilemma kan volgens Morley dan ook een oorzaak zijn van morele stress: bij een moreel dilemma is het absoluut niet duidelijk welke van de twee keuzes nu de beste, juiste of goede is. Bij het initiële concept van Jameton over morele stress is die keuze zeer duidelijk maar wordt men beperkt in zijn weg er naartoe.

Morele stress beschouwen we in deze thesis als “het wrange gevoel dat hulpverleners ervaren wanneer ze niet kunnen handelen volgens hun morele waarden en volgens wat ze denken dat het ethisch goede is, doordat ze daartoe worden verhinderd door interne of externe factoren. Ook kunnen ze verkeren in situaties waarin de zorg niet verloopt zoals het eigenlijk zou moeten, maar ze er weinig aan lijken te kunnen veranderen.“ Deze definitie sluit aan bij de definitie zoals vernoemd in een recent advies verschenen bij het Vlaams Zorgnet Icuro (10).

2.2 Determinanten bij ontstaan van morele stress

Morele stress is inherent aan zorg, omdat zorg sterk ethisch geladen is. In de zorg zijn we immers op zoek naar “goede” en “menswaardige” zorg voor een kwetsbare patiënt. Die zoektocht kan gepaard gaan met conflicten in waarden en normen tussen verschillende belanghebbende partijen (11).
De vatbaarheid voor morele stress wordt bepaald door een resem aan factoren. Het is een combinatie van zowel persoonlijke als contextuele factoren (12).
Op persoonlijk vlak worden door auteurs verschillende interne persoonlijkheidskenmerken beschreven. Zo spreekt men over het al dan niet kunnen aanvoelen van morele stress (morele sensitiviteit) en over het (on)vermogen om aan ethische reflectie te doen (13).
Om effectief aan de slag te kunnen gaan met morele stress is zelfvertrouwen en morele moed om in te gaan tegen leidinggevenden nodig; ook gebrek aan assertiviteit, sociale volgzaamheid, gepercipieerde machteloosheid en gebrekkig begrip spelen hierin een rol (9); hoe men tewerk gaat in dergelijke situatie is erg afhankelijk van kennis, ervaring en wereldbeeld (14-16). Indien men er niet in slaagt een scheve situatie naar eigen bevrediging aan te pakken, door bijvoorbeeld het systematisch vermijden van een situatie, kan morele stress evenzeer het gevolg zijn (17).
Werkervaring lijkt kwantitatief niet geassocieerd met totale morele stress; de frequentie van morele stresservaringen neemt weliswaar toe, maar de intensiteit ervan neemt af (13).
De context waarin morele stress gedijt wordt bepaald door externe factoren. In de literatuur zien we een opdeling van deze externe factoren op teamniveau en op systeemniveau (respectievelijk meso- en macroniveau) (12).
Op *mesoniveau* wordt gedacht aan een gestoord teamklimaat getekend door o.a. conflicten, inadequate communicatie, weinig bereidheid tot samenwerken (13, 14), bedreigingen voor de integriteit (9) en fouten in de besluitvorming (17).
Op *macroniveau* gaat het eerder over maatschappelijke beperkingen zoals tekort aan tijd (o.m. door een wildgroei aan administratieve verplichtingen), middelen of personeel, veelal te kaderen in besparingen. Evengoed spreekt men over armoede en ongelijkheden in de maatschappij, vergrijzing, culturele diversiteit en technologische vooruitgang (13, 14).

Typische situaties waarin deze bovengenoemde remmende factoren artsen hinderen worden beschreven in een literatuuranalyse door Kherbache et al. (13). Morele stress zou bij artsen vooral bovenkomen in palliatieve situaties waar moet worden gesproken over levenseinde en waar moet worden overwogen het stervensproces al dan niet zinvol te verlengen. Ook situaties waarin artsen getuige zijn van het geven van valse hoop aan patiënten worden als zeer belastend omschreven (8, 13, 18, 19).

2.3 Operationalisering door enquête: MMD-HP

De meest recente vragenlijst die morele stress in kaart brengt, is de *"Measure of Moral Distress of Healthcare-Professionals" (MMD-HP)*. Deze bestaat uit 27 items (16). Deze vragenlijst is afgeleid van twee oudere vragenlijsten: de Moral Distress Scale (MDS) en Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) (20, 21). De vragenlijsten bouwen op sleutelelementen van Jameton's definitie van morele stress (12), onder andere: medeplichtigheid aan wanpraktijken, gebrek aan inspraak, wanpraktijken geassocieerd met professionele waarden, herhaalde blootstelling aan morele stress en drie verschillende niveaus waarop grondoorzaken van morele stress zich kunnen ontwikkelen (namelijk patiënt, het team en het systeem). Met de ontwikkeling van MMD-HP poogde men een aantal tekortkomingen van de eerdere schalen te weerleggen.
Deze vragenlijst focust vooral op externe factoren en minder op persoonlijke factoren van belang bij het ontstaan van morele stress.

2.4 Belang en gevolgen van morele stress

Artsen worden om uiteenlopende redenen in toenemende mate geconfronteerd met morele stress (13). Het aantal publicaties de voorbije jaren in de MedLine database groeit, gaande van enkele per jaar in de jaren 1990-2000, tot jaarlijks meer dan honderd publicaties gedurende de voorbije drie jaar. In Vlaanderen verscheen recent bij Zorgnet Icuro Advies 21 over Morele stress in de zorg (10) en maakte ziekenhuis AZ Nikolaas een "Eerste Hulp Bij Ethische Stress"-tool voor zijn werknemers (22). Morele stress wordt in verband gebracht met allerhande zorggerelateerde effecten, zowel op individueel vlak als in teamverband (23, 24).
Wanneer morele stresservaringen zich voordoen, kan zich een *moreel residu* vormen bij zorgverleners (17), ook wanneer het incident al lang gepasseerd is. Jameton benoemde dit als reactieve morele stress (12). Er kunnen dan nog gevoelens van frustratie zijn, vooral wanneer de oorspronkelijke initiële stress niet beantwoord is.
Bij elke episode van morele stress zal de (initiële) morele stress verder stijgen. Na verloop van tijd zakt deze stress opnieuw maar - indien waarden van de zorgverlener zijn geschonden – blijft een

moreel residu over. Dit zorgt ervoor dat de “baseline” van een nieuwe episode van morele stress hoger zal liggen dan de vorige keer en dat ook het residu hoger ligt dan voordien. Na een tijd zal het moreel residu stijgen tot op het punt waarbij iets breekt bij de zorgverlener (19). Dit wordt ook wel het crescendo-effect genoemd.
Een veel voorkomende manier van omgaan met deze gevolgen is het steeds meer ongevoelig worden voor dergelijke onderwerpen. De zorgverlener probeert zich dan af te sluiten van deze situaties om er net voor te zorgen niet opnieuw te botsen op beperkingen die niet stroken met de eigen waarden en zo gekwetst te geraken. In de literatuur wordt dit fenomeen de ethische verstilling genoemd (10).

Op *individueel* vlak (vooral beschreven bij de verpleegkundigen) observeert men emotionele, fysieke, spirituele en gedragsmatige gevolgen: gevoelens van angst, cynisme, machteloosheid; fysieke klachten als uitputting, slapeloosheid en vatbaarheid voor ziekte; gedragsmatige gevolgen als defensiviteit, agressie, vermijding en depersonalisatie. Al deze effecten kunnen de kwaliteit van zorg in het gedrang brengen.
In *teamverband* is betrokkenheid bij het werk vaak laag indien er morele stress is. Nochtans zouden organisaties met betrokken personeel gekenmerkt worden door een hogere patiënttevredenheid, minder fouten op de werkvloer, een lagere infectie- en mortaliteitsratio, sterker financieel management, een hoger moreel en meer motivatie bij werknemers, minder ziekteverzuim en minder stress (23, 24)
Het *raakvlak met burn-out en verandering van beroep* ligt dan ook voor de hand (25-30). Bij artsen ziet men sterkere intenties tot jobverlating bij hogere morele stressniveau’s (18).
De (potentiële) effecten op *kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid en financiële kost* werden beschreven (31-35).
De gereviseerde Verklaring van Genève, opgesteld door de World Medical Association als moderne versie van de Eed van Hippocrates, kan men dan ook lezen als een oproep aan zorgverleners om over hun morele stress te waken en zo kwaliteitsvolle zorg te garanderen: “*I will attend to my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard*” (36). Hierbij dienen zowel persoonlijke veerkracht als contextuele factoren aandacht te krijgen (27).

2.5 Perspectief: morele veerkracht

Ondanks alle potentiële negatieve effecten van morele stress, pleiten meerdere auteurs voor een positievere beschouwing van het fenomeen (10, 23, 24, 37-39).
Het verhaal rond morele stress is vanaf de originele definitie van Jameton reeds doorspekt van de *“externe beperking”* die het individu krijgt opgelegd en zou daardoor op zich een positief narratief

verhinderen door het *subject machteloos* te maken (39). Dit lijkt te worden bevestigd door de vaststelling dat uitgebreid onderzoek naar morele stress niet heeft geleid tot duurzame oplossingen voor het fenomeen (40).
Morele stress wijst echter ook op de *aanwezigheid van een morele sensitiviteit* (het aanvoelen van een situatie waar waarden in het gedrang komen), wat een theoretische initiële vereiste is om ethisch gedrag te kunnen stellen (41). De morele stress op zich krijgt een belangrijke signaalfunctie als *"kanarie in de koolmijn"* (10): ze toont aan dat waarden in het gedrang komen. Daarnaast blijkt ook dat zorgverleners aanzienlijke *inspanningen doen om positieve verandering* teweeg te brengen wanneer zij morele stress ervaren (37).

Meerdere auteurs pleiten dan ook voor een nieuw concept, waarbij een meer neutrale term de deur zou openen richting positieve gevolgen van morele stress. Naast morele stress bestaat immers ook morele veerkracht ("moral resilience") (23, 24, 38, 42). Het proces in gang gezet door een morele stresservaring en resulterend in positieve en duurzame verandering heet dan morele veerkracht. Anderzijds waarschuwen enkele auteurs toch voor negatieve effecten die een al te rooskleurige opvatting van morele stress kan meebrengen (37). Een zorgverlener die morele stress ervaart, wordt immers verantwoordelijk gesteld om aan de onethische situatie een mouw te passen. Wanneer de zorgverlener tracht oplossingen te zoeken, en steeds op contextuele beperkingen stuit, kan zij of hij worden geculpabiliseerd voor haar onvermogen een duurzame oplossing te vinden (37). Men mag niet uit het oog verliezen welk een sterke en soms bepalende rol de onderliggende professionele of institutionele cultuur speelt in de natuur van het ethische debat in een organisatie (43).

3. Ethisch klimaat

3.1 Korte definitie en geschiedenis van het begrip

De eerste algemene definitie van ethisch klimaat werd geleverd door Victor en Cullen in 1988. Zij poneerden: *"Ethisch klimaat wordt gedefinieerd als collectieve werknemerspercepties van ethische handelingen en ethische procedures, die afhangen van twee dimensies. De eerste dimensie omvat de ethische criteria die gebruikt worden in beslisprocessen binnen de organisatie en de tweede is de locus van analyse die gebruikt wordt als referent in het ethische beslisproces."* (44).
De *concretere invulling* van de oorspronkelijke definitie maakt meer duidelijk. De dimensie ethische criteria omvat drie ethische uitgangspunten, zichtbaar op de verticale as in appendix 1. Deze criteria worden ingedeeld volgens de andere dimensie, de locus of context waarin de analyse wordt uitgevoerd. Het ethische principe krijgt dus een concrete invulling afhankelijk van de context waarin het wordt geplaatst. Zo krijgt men theoretisch negen mogelijke verschillende ethische klimaten.

Uitgangspunt is dus dat het ethisch klimaat bepaalt welke verwachtingen worden gesteld voor ethisch gedrag. De cryptische omschrijving van Victor en Cullen was baanbrekend omdat ze een licht wierp op de rol van buitenpersoonlijke omstandigheden in ethische besluitvorming en gedrag door personen binnen de organisatie.

Een eerste belangrijke aanzet tot conceptualisatie van ethisch klimaat binnen een zorgsetting kwam van Linda Olson in 1998 (45). Deze verschilde in belangrijke mate van deze van Victor en Cullen. Gebaseerd op haar eigen inzichten als zorgverstrekker, de theorieën omtrent organisatorisch klimaat van Schneider en theorieën omtrent voorwaarden voor ethische reflectie van Brown, stelde ze de *"Hospital Ethical Climate Scale" (HECS)* op. Zij bracht hierbij in kaart (a) hoe beslissingen m.b.t. ethische inhoud genomen worden en (b) wat de omstandigheden binnen een organisatie zijn die ethische reflectie mogelijk maken. De HECS is een schaal die het ethische klimaat in ziekenhuizen in kaart brengt door te peilen naar percepties van verpleegkundigen over collega's, patiënten, managers, de zorginstelling en artsen. Elk van deze wordt beoordeeld op de vlakken van macht, vertrouwen, openheid voor exploratie, inclusiviteit en rolflexibiliteit.
In 2019 publiceerden Grönlund et al dan weer de *"Swedish Ethical Climate Questionnaire" (SWECQ)*, gebaseerd op de theorie van Habermas omtrent democratische dialoog (46).
Zij vertrekken van volgende definitie: ethisch klimaat is een vorm van werkmilieu dat gedeelde opvattingen over correct gedrag omvat. Dit heeft een invloed op ethische kwesties en beslissingen. Het ethisch klimaat wordt in hun vragenlijst bepaald volgens de mate waarin volgens zorgverleners aan voorwaarden voor democratische dialoog wordt voldaan. Dit zijn met name gelijkheid, openheid, evaluatie en de wil om een gedragen consensus te bereiken.

Meerdere auteurs leverden kritiek op het concept van ethisch klimaat gehanteerd in de HECS en SWECQ. Die laatsten brengen immers enkel de determinanten "moreel oordeel" in kaart.
Een van de kritieken komt van Arnaud in 2010 (47). Zij trachtte het concept ethisch klimaat breder te kaderen omdat de andere definities enkel het moreel redeneren van individuen en de normen die nodig zijn voor het vellen van een oordeel over welke actie moreel juist is beschreven worden. Dit vat een breder fenomeen onvoldoende: er bleek slechts een zwakke correlatie tussen deze dimensie en uitkomstmaten van ethisch gedrag van werknemers (48). Na het nemen van een beslissing ("deliberation") moet deze immers ook in de praktijk worden gebracht ("integration") (49).
Andere factoren moeten dus in rekening worden gebracht, betoogt Arnaud. Zij stelde een uitbreiding van de definitie voor, zich baserend op de *definitie van Rest* over ethisch gedrag (41). Er zijn *vier determinanten van ethisch gedrag*. Ten eerste is er morele sensitiviteit. Dit is erkennen dat er een ethisch dilemma aanwezig is en dat eigen acties anderen beïnvloeden. Daarnaast zien we het morele

oordeel, waarbij men de eigen morele achtergrond naar de onderhandelingstafel brengt. Ten derde bespreekt men morele motivatie. Hierbij maakt men de afweging van de eigen ethische waarden tegen andere waarden, zoals macht en financiële belangen. Tot slot is er het moreel karakter. Dat vertelt iets over de persoonlijke kracht om de ethische beslissing in de praktijk door te zetten. Subdeterminanten hiervan zijn o.a. zelfcontrole en verantwoordelijkheid nemen. Deze determinanten, vertaald naar het collectief, bepalen het ethisch klimaat. Eén onderliggende factor kan een rol spelen bij meerdere determinanten. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat iemand met een uitgesproken moreel karakter zowel zijn principes in de praktijk zal brengen als zijn moreel oordeel laagdrempeliger zal uiten tegenover anderen. Op basis van haar nieuwe concept ontwikkelde Arnaud de *Ethical Climate Index (ECI)*, die peilt naar de 4 determinanten. De ECI is sindsdien echter amper gebruikt in studies.

Men kan uit deze beschouwingen volgende definitie van ethisch klimaat naar voren schuiven: het ethisch klimaat van een zorgorganisatie omvat de gehele organisatorische context die beslissingen en handelingen met ethische lading door zorgverleners binnen de organisatie beïnvloedt (50). Met deze definitie gaan we verder aan de slag.

3.2 Belang van ethisch klimaat in de gezondheidszorg

Specifiek in de gezondheidszorg toont een systematisch literatuuroverzicht van Koskenvuori 2019 het belang van ethische klimaten aan (1).
Het sterkste verband is aangetoond met opvattingen omtrent werk bij verpleegkundigen: onder andere jobtevredenheid, morele stress en intenties om van werk te veranderen. Verscheidene auteurs brengen verschillende soorten ethische klimaten in verband met organisatorische toewijding, intention-to-leave, jobturnover en (on)ethisch gedrag bij verpleegkundigen (51-56). Daarnaast correleert ethisch klimaat ook met patiëntenzorg: tevredenheid over zorgkwaliteit, gepastheid van zorg, herkennen van excessieve zorg (57), beslisprocessen bij levenseinde (57), outcomes (58) en geïndividualiseerde zorg (59).

4. Verband tussen morele stress en ethisch klimaat

De conceptuele heterogeniteit van de begrippen morele stress en ethisch klimaat bemoeilijken het verhelderen van een duidelijke link d.m.v. literatuuronderzoek. Toch is het intuïtief duidelijk dat er een conceptuele overlap bestaat tussen beide.

Deze conceptuele overlap zien we vooral tussen recente definities van morele stress en ethisch klimaat (definitie van Arnaud). Het uitgangspunt van ethisch klimaat is de totstandkoming van ethisch gedrag. Morele sensitiviteit van het collectief en het individu is een determinant van zowel ethisch klimaat als van morele stress. Collectief en individueel (on)vermogen om het eigen moreel oordeel naar voren te brengen, morele motivatie en "moreel karakter" spelen eveneens een rol in beide begrippen (47).

Deze conceptuele overlap vertaalt zich in de concrete overlap in de oudere vragenlijsten Moral distress scale-revised (MDS-R) en HECS. De factor "inspraak en communicatie binnen het zorgteam" bijvoorbeeld maakt integraal deel uit van zowel vragenlijsten omtrent morele stress als van vragenlijsten omtrent ethisch klimaat (6, 45).

In correlationeel onderzoek blijkt een inverse relatie te bestaan tussen percepties van verpleegkundigen over het ethisch klimaat en hoeveelheid morele stress (60). Pauly, Hamric en Whitehead vonden een negatief verband tussen scores op de MDS(-R) en HECS, waaruit we kunnen besluiten dat in een weinig gunstig ethisch klimaat meer morele stress wordt gezien (8, 15, 37). Corley et al vonden dan weer een verband tussen antwoorden op de Ethical Environment Questionnaire (EEQ) en de MDS (61).

Corley et al. en Hamric et al. betogen dan ook niet verrassend dat bevordering van ethisch klimaat een gunstig effect kan hebben op morele stress (61, 62).

Ten eerste kan het ethisch klimaat een *manier bieden om met (morele) stress om te gaan* door het mogelijk maken van interpersoonlijke dialoog (45, 63) of door structurele "empowerment" (61, 64).

Ethisch klimaat kan fungeren als *begeleider van ethische verandering*. Zo kan morele stress van mensen binnen een organisatie fungeren als "*kanarie in de koolmijn*" (10, 65), een ervaring die een belangrijk signaal kan zijn om ethisch geïnspireerde verandering teweeg te brengen en kwaliteit van zorg te bevorderen. Ethisch klimaat kan het het individuele *vermogen van de zorgverlener om iets te veranderen, versterken*. In een gunstig ethisch klimaat zouden *persoonlijke en contextuele barrières* voor het stellen van ethisch verantwoord gedrag door zorgverleners uitgevlakt worden. Dit zou dan weer morele stresservaringen kunnen verminderen.

Meer concreet kan het ethisch klimaat rolmodellen aanreiken (43), op impliciete of expliciete wijze gewenste gewoonten belonen (43) of fungeren als stimulator van klokkenluidersgedrag (65) en versterker van morele veerkracht (42).

Het ethisch klimaat kan dus zowel een positieve als een negatieve rol spelen inzake morele stress. Grondige ethische opleiding, instrumenten, richtlijnen voor ethische discussie en reflectie zouden hierin bevorderlijk kunnen zijn (13).

D. Veldonderzoek

1. Methode

Om onze centrale onderzoeksvragen te beantwoorden maakten we gebruik van een tweeledig studieopzet, waarbij een kwantitatief deel met vragenlijst gevolgd werd door een kwalitatief deel met diepte-interviews. Voor een overzicht van de methode, zie appendix 2.

1.1 Onderzoekspopulatie

We nodigden de huisartsen en HAIO's van de Huisartsenkring Schelde-Rupel (bestaande uit 137 vaste huisartsen en 12 HAIO's op 26/8/2020) en Huisartsenkring Noordrand Brussel (Harno) (bestaande uit 135 vaste huisartsen en 14 HAIO's op 28/7/2020) uit om deel te nemen aan onze studie. Wij kozen voor deze doelpopulatie uit praktische overwegingen (nabijheid).

1.2 Vragenlijst

We maakten hierbij gebruik van de bekende MMD-HP vragenlijst waaraan we een aantal persoonskenmerken toevoegden op basis van verbanden die in de literatuur worden aangehaald (4, 5, 16, 66, 67). Geïnteresseerden werden geïnformeerd over het doel van de studie (appendix 3c) en gaven hun geïnformeerde toestemming, waarna ze hetzij via digitale weg (Qualtrics survey software) hetzij op papier de vragenlijst invulden.

Aan de hand van deze vragenlijst gingen we door beschrijvende statistiek na in welke mate morele stress wordt ervaren, welke de belangrijkste oorzaken van morele stress zijn bij Vlaamse huisartsen en in welke mate morele stress een rol speelt in jobverlating. Mogelijke verbanden tussen persoonskenmerken van de respondent en antwoorden op de vragenlijst gingen we na door vergelijkende statistiek. Gezien onze dataset niet normaal verdeeld was, gebruikten we hiervoor non-parametrische statistische testen (bijlage tabel f). Vergelijkingen van continue variabelen volgens de niveaus van categorische variabelen werden uitgevoerd met behulp van de Wilcoxon rank sum test. De correlaties tussen de continue variabelen werden beoordeeld met behulp van Spearman-correlaties. Paarsgewijze vergelijkingen werden uitgevoerd voor meer dan twee groepen en werden gecorrigeerd voor multiple testing met de Benjamini & Hochberg correctie. Statistische analyses werden uitgevoerd met de tweezijdige alternatieve hypothese op het 5% significantieniveau met behulp van R (versie 4.0.3, R Foundation for Statistical Computing, R Core Team, Wenen, Oostenrijk).

1.3 Diepte-interviews

We baseerden de inhoud van het interviewschema op de beschikbare literatuur zoals deels beschreven in de inleiding. De leidende vragen hierbij waren gelijklopend met de onderzoeksvragen:

- Hoe leeft morele stress in de Vlaamse huisartsenpraktijk?
- Wat is de rol van het ethisch klimaat in de ervaring van morele stress bij Vlaamse huisartsen?
- Hoe kunnen ethisch klimaat en morele stress resulteren in morele veerkracht in de Vlaamse huisartsenpraktijk?

Het vraaggesprek vertrok vanuit een concrete ervaring van morele stress bij de geïnterviewde om vandaaruit verder te exploreren naar ethisch klimaat en morele veerkracht.
We bereidden deze vraaggesprekken voor met als leidraad het "Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden" (68), namen ze af tussen 24 april en 12 oktober 2021 en verwerkten ze a.d.h.v. de "Qualitative Analysis Guide of Leuven" (QUAGOL) (69). Voor meer informatie over de methodologie van deze interviews, zie appendix 4. De concepten die naar voor kwamen uit de diepte-interviews werden bekomen na een iteratief proces van cyclisch en dynamisch onderling overleg tussen de interviewers en de promotoren van de thesis. Er werd geen gebruik gemaakt van software.

1.4 Ethische goedkeuring

Een projectvoorstel werd ingediend bij de Onderwijsbegeleidingscommissie (OBC) van de Faculteit Geneeskunde aan de KU Leuven op 01/12/2020.
Finale ethische goedkeuring van het gehele studieprotocol werd verkregen bij de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 08/12/2020 (appendix 5).

2. Resultaten enquête morele stress

2.1 Kenmerken van de steekproef

Uit beide huisartsenkringen samen namen 81 artsen (67 huisartsen op 272 (respons 24,6%) en 14 huisartsen-in-opleiding op 26 (respons 53,8%)) deel aan de enquête (27,1% totale responsgraad (=67+14 respons op 272+26)). De steekproef was gebalanceerd wat betreft persoonskenmerken. Voor een overzicht, zie Tabel a. hieronder.

	N (%)			Gem. (SD)
Totaal aantal respondenten	81 (100)		**Gemiddelde leeftijd**	
Geslacht			Totaal	46 (14)
Vrouw	48 (59)		Huisarts	42 (13)
Man	33 (41)		HAIO	25 (2)
Opleiding			**Gemiddeld aantal jaren actief**	
Huisarts	67 (83)		Totaal	16 (14)
HAIO	14 (17)		Huisarts	20 (13)
Samenwerkingsverband			HAIO	1 (0,8)
Groepspraktijk	40 (49)			
Duopraktijk	9 (11)			
Wijkgezondheidscentrum	4 (5)			
Netwerkpraktijk	2 (3)			
Solo	26 (32)			
Jobverlating				
Overweegt stop nu	12 (15)			
Overweegt geen stop nu	69 (85)			
Al eens gestopt	5 (6)			
Stop ooit overwogen	20 (25)			
Stop nooit overwogen	56 (69)			

Tabel a: karakteristieken respondenten enquête.

2.2 Beschrijvende gegevens

De Cronbach alpha-waarde voor consistentie van de vragenlijst in de gehele steekproef bedraagt a=0.876. Gemiddelde score op de MMD-HP bij de geïnterviewde artsen is 56,27 met standaarddeviatie van 36,13. In onderstaande tabellen zien we welke onderwerpen in de enquête het hoogst scoren qua morele stress. In tabel b gaat het over de totaalscore van morele stress (frequentie*intensiteit per item), in tabel c over items die het meest frequent en in tabel d over

items die het meest intens worden ervaren. De volledige ranking is eveneens terug te vinden in bijlage in de gelijknamige tabellen.

Ranking	Vraag
1	Ik heb te veel administratieve verplichtingen, wat de patiëntenzorg in gevaar brengt.
2	Ik word geacht voor meer patiënten te zorgen dan het aantal patiënten dat ik veilig kan verzorgen.
3	Ik kijk toe hoe de patiëntenzorg lijdt onder een gebrek aan continuïteit van zorgverleners.

*Tabel b: ranking totaalscore morele stress (frequentie*intensiteit).*

Ranking	Vraag
1	Ik heb te veel administratieve verplichtingen, wat de patiëntenzorg in gevaar brengt.
2	Ik voel mij onder druk gezet om instructies te geven of op te volgen voor naar mijn mening onnodige of ongepaste onderzoeken en behandelingen.
3	Ik kijk toe hoe de patiëntenzorg lijdt onder een gebrek aan continuïteit van zorgverleners.

Tabel c: ranking frequentie morele stress.

Ranking	Vraag
1	Ik heb te veel administratieve verplichtingen, wat de patiëntenzorg in gevaar brengt.
2	Ik word geacht voor meer patiënten te zorgen dan het aantal patiënten dat ik veilig kan verzorgen.
3	Ik geef gehoor aan de eis van de familie om agressief te blijven behandelen, ook al denk ik dat dit niet in het belang van de patiënt is.

Tabel d: ranking intensiteit morele stress.

In de originele MMD-HP vragenlijst brengt men de 27 grondoorzaken van morele stress onder in 4 factorclusters (62). In onze studie zien we dat persoonlijk bedreigd worden door een onveilig samenwerkingsverband (factor 3; bijvoorbeeld gepest worden door collega's, niet durven uitkomen voor eigen mening) het minst belang heeft voor morele stress bij huisartsen. De voornaamste oorzaken voor morele stress zitten in de systeemgerelateerde categorie (factor 1): schaarste aan middelen, te veel patiënten moeten verzorgen, administratieve verplichtingen,… Deze wordt gevolgd door mistoestanden in de interactie tussen zorgteam en patiënt (factor 4) en klinische oorzaken op niveau van de patiënt (factor 2).

6% van de artsen is ooit gestopt met een professionele activiteit omwille van morele stress. 15% van de respondenten overweegt om op dit moment te stoppen. 25% van de artsen heeft ooit overwogen om een medische activiteit te stoppen omwille van morele stress.

2.3 Toegevoegde situaties

De vragenlijst biedt de mogelijkheid om items toe te voegen die niet aan bod kwamen. De meeste situaties die artsen extra toevoegden, konden worden ondergebracht bij reeds bestaande items van de MMD-HP. Vaak bestond een verband met vraag 8, waarin het gaat over zich onder druk gezet voelen om instructies op te volgen voor ongepaste onderzoeken of behandelingen. Dit is een item dat door meerdere HAIO's wordt aangegeven.

Een nieuw thema is mogelijk het ervaren van een taalbarrière of anderszins moeizaam verlopende communicatie met patiënten, of over onvoldoende gegevens beschikken om goede beslissingen te kunnen maken en hierover duidelijk te kunnen communiceren. Dit laatste was met name relevant tijdens de Covid-pandemie, toen onvoldoende gegevens van nieuwe studies doorstroomden naar artsen aan de frontlijn. Voor een overzicht van deze extra items, zie bijlage e.

2.4 Verbanden

Volgende kenmerken van artsen bleken geen statistisch significante voorspellers van frequentie, intensiteit van of totaalscores voor morele stress: type samenwerkingsverband (solo vs groep), leeftijd, jaren beroepservaring of opleidingsstatus (gediplomeerd huisarts of HAIO). Geslacht is evenmin een voorspeller van intensiteit of totaalscores van morele stress; in onze steekproef bleek de frequentie bij mannen (gemiddelde score 22, IQR 17-32) iets hoger te liggen dan bij vrouwen (gemiddelde score 18, IQR 12-28,25) (p=0,043).

Artsen die ooit hun job hebben verlaten of dit ooit hebben overwogen scoren hoger wat betreft morele stress dan artsen die dit nooit hebben overwogen, zowel wat frequentie als intensiteit betreft. Ook artsen die op het moment van de bevraging overwogen een medische activiteit te stoppen hadden meer morele stress dan artsen die dit niet deden.

Voor meer details, zie bijlage f. Beschrijvende statistieken worden gepresenteerd als mediaan [bereik] en frequenties (n) met proporties (%) voor continue en categorische variabelen, respectievelijk.

3. Resultaten diepte-interview: morele stress, ethisch klimaat, morele veerkracht.

Om het overzicht te bewaren werden voor dit deel mindmaps gemaakt terug te vinden in de bijlage.

3.1 Populatie

13 verschillende artsen werden geïnterviewd. De kenmerken van de verschillende artsen vindt u terug in Tabel g, weergegeven per interviewer (AS= Anton Saerens; RC= Raf Coremans)

	N totaal (%)	N AS (%)	N RC (%)
Totaal aantal artsen	13 (100)	7 (54)	6 (46)
Geslacht			
Vrouw	6 (46)	2 (16)	4 (30)
Man	7 (54)	5 (39)	2 (16)
Opleiding			
Huisarts	11 (84)	6 (46)	5 (39)
HAIO	2 (16)	1 (8)	1 (8)
Samenwerkingsverband			
Groepspraktijk	7 (54)	3 (17)	4 (30)
Duopraktijk	1 (8)	1 (8)	0 (0)
Wijkgezondheidscentrum	1 (8)	1 (8)	0 (0)
Solo	4 (30)	2 (17)	2 (15)
Gemiddelde leeftijd (jaren)	44,7	39,7	50,5

Tabel g: populatiekenmerken diepte-interview.

3.2 Situaties die morele stress veroorzaken

Via de MMD-HP vragenlijst werd reeds bekeken waar huisartsen dagelijks tegenaanlopen in hun praktijk. Aan de hand van de interviews beschrijven we hier een brede waaier aan types van situaties. Deze waaier is niet exhaustief maar laat ons toe de ervaring van morele stress beter te begrijpen in de diepte. We komen enerzijds tot een aantal aanleidingen van morele stress en anderzijds tot determinanten die morele stress in de hand werken of tegengaan.

3.2.1 Aanleidingen

(Mindmap bijlage h)

3.2.1.1 Uiteenlopende visie op goede zorg

Een grote bron van stress is het botsen van verschillende visies van “goede zorg”, waarin niet of slechts zeer moeizaam een consensus wordt bereikt. Deze onenigheden doen zich voor op verschillende interpersoonlijke niveaus.

3.2.1.1.1 Zorgverleners onderling

Collega-huisartsen hetzij binnen groepspraktijken van verschillende praktijken of instanties moeten geregeld gezamenlijk beslissingen nemen voor één patiënt. Wederkerende onderwerpen van verdeeldheid hierbij waren o.a. levenseindebeslissingen, voorschrijven van verdovende middelen en aanpak van de covid19-crisis.
Een Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) van een rusthuis over de covid-vaccinatie:

"(…) in het woonzorgcentrum waar een deel van het medisch personeel zich niet wil laten vaccineren omwille van religieuze of andere redenen (…) op basis van fake news. Ja dan bots je tegen een muur die je niet kunt openbreken". (A8)

Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) spreken over de onenigheid met hun praktijkopleider (PO) wat betreft het levenseinde van een patiënt. In deze specifieke gevallen voerden zij uit wat van hen werd verwacht, zelfs wanneer dit niet strookte met hun eigen ideeën en waarden:

"Met verschillende partijen die voor palliatieve sedatie waren durfde ik niet meer tegenspreken (…). Ik start soms palliatieve sedatie zonder dat ik daar volledig achtersta."(A2)

"Mijn praktijkopleider wilde ten allen tijde vermijden het overlijden te versnellen, terwijl voor mij het comfort op de voorgrond staat (…). Ik ben natuurlijk niet in een positie om daar tegenin te gaan" (A10).

3.2.1.1.2 Huisarts-patiënt

Ook de visie op goede zorg tussen de huisarts en diens patiënt is niet steeds gelijklopend.
Ten eerste worden artsen geregeld geconfronteerd met ongefundeerde vragen naar zaken waarbij de kosten-batenverhouding negatief is. Bijvoorbeeld de vraag naar bloedonderzoeken zonder duidelijke aanleiding, wanneer recente stalen normaal bleken.

"Het kost allemaal veel geld en heeft geen meerwaarde (…). En dan kun je dat nog zo vaak uitleggen als je wilt (…) En dan gaan ze uiteindelijk naar een andere huisarts (…) wat ik niet goed begreep. Want ik heb het ogenblik van de consultatie de tijd genomen om het proberen uit te leggen." (A7)

Ook herhaalde vragen naar verslavende middelen die soms toch werden voorgeschreven door drukte en tijdsgebrek, of vragen naar onterechte of langdurige ongeschiktheidsattesten zijn herkenbaar voor verschillende artsen.

Ten tweede lopen artsen verloren in de inconsistentie van behandelplannen en zorgdoelen van patiënten en hun zorgdragers. Het gaat dan over hulpbehoevende patiënten die adequate hulp pertinent weigeren.

"(…) ik weet dat die dame heel goed weet waarover het gaat en ze kiest om niet met mij te willen meewerken aan de meest kwalitatieve zorg (…) op een moment dat zij aangeeft dat het niet gaat. Dat ze niet verder kan en dat ze ook lijdt." (A13)

"Volgens mij was het voor de familie ook genoeg geweest (…) Die dame zelf heeft daar niet veel over gezegd maar ze kon zelf ook niet goed meer functioneren. Door haar cognitieve achteruitgang en haar hardhorigheid was het zeer moeilijk om het met haar daarover (levenseinde nvdr.) te hebben (...) Alle verschillende personeelsleden in het rusthuis hebben daar ook wel hun eigen agenda (…) Je hebt heel veel partijen die allemaal hun idee hebben."(A10)

3.2.1.1.3 Huisarts-professionele organen

Huisartsen komen voortdurend in contact met overkoepelende professionele organen die richtlijnen uitsturen. Die richtlijnen liggen niet steeds in lijn met de visie van de artsen. In de interviews zien we aanvaringen tussen de arts en bestuursgroepen van allerlei niveaus: de directie van het rusthuis en de CRA-arts, de Orde der Artsen, het bestuur van de eerstelijnszone, de huisartsenkring, de schooldirectie, het palliatief netwerk, de Vlaamse en federale overheid etc.
Aan het begin van de coronacrisis bijvoorbeeld, werd beslist dat alle rusthuizen moesten sluiten, ook voor de huisartsen. Hierdoor konden ze niet bij hun ernstig zieke en stervende patiënten komen. Daarnaast leefde bij hen ook de onzekerheid dat ze het klinisch beeld van deze nieuwe ziekte hierdoor onvoldoende onder de knie zouden krijgen.

"Dat was een grote morele stress die ik op een bepaald moment naast mij neer heb moeten leggen want ik kreeg veel tegenwind wanneer ik probeerde te argumenteren waarom ik mijn patiënten daar wou zien."(A6).

3.2.1.2 Schade aan anderen of collectief belang

Naast morele stress die de arts ervaart wanneer zijn eigen moreel kompas niet kan worden gevolgd, blijkt uit de interviews dat de stress eveneens kan worden waargenomen bij artsen als er schade wordt aangebracht aan derden of het collectief belang, afhankelijk van de beslissing die de arts al dan niet neemt.
Men geeft aan dat bejaarden en hulpbehoevende koppels in precaire thuissituaties een grote belasting van mantelzorgers en thuisverzorgers teweegbrengt.

"(…) ze beseffen niet dat ze daarbij in een situatie zitten waarbij ze hun eigen bestaan niet meer kunnen beheren en stress geven aan hun familie, die constant opgetrommeld wordt bij het kleinste gebeuren. Ze creëren stress door een steeds dreigend risico op overlijden (…). En je hebt er ook geen vat op natuurlijk." (A8)

Artsen beschrijven ook het ongemakkelijk gevoel wanneer het belang van kinderen wordt geschaad door de familie.

"In dit geval zijn wij ook de huisarts van de kinderen en we willen ook niet dat de kinderen in gevaar komen (…) Die kinderen lijden al maanden (…) Zo rond gezinssituaties vind ik het vaak moeilijker omdat het vaak gaat om volwassenen die er bewust voor kiezen om hun eigen problemen niet te behandelen of om geen hulp te zoeken of te aanvaarden. Dit vind ik allemaal geen probleem. Als dat dan effect heeft op de kinderen dan trek ik het mij wel veel harder aan want die kinderen kiezen daar niet voor."(A10)

Binnen het thema van covid-19 ervaren enige huisartsen moeite met de vraag van de overheid en de huisartsenkring om steeds weer opnieuw jonge kinderen te testen op covid, terwijl dit voor de kinderen en het beleid vaak weinig verschil maakt. Men schaadt hiermee niet alleen het kind, maar ook de arts-patiëntrelatie en het hoger belang dat hieraan vasthangt voor de toekomst.

"De sociale druk is zo groot. Ik krijg het niet verkocht om een kind niet te laten testen. Als je zegt, ik doe het niet, zoekt de patiënt een andere arts die het wel doet. (…) ik denk niet dat we jonge kinderen moeten betrekken in deze strijd. Het eerste is niet schaden. Al de rest mag van mij gerust mee betrokken worden in de strijd tegen de globale epidemie. Maar je moet de kwetsbare patiënten beschermen."(A5)

Tot slot wordt ook aangehaald dat schade aan de bredere maatschappij morele stress oplevert. Er wordt verteld over de prijs van dure onderzoeken die niet aangewezen zijn en over het belasten van andere werknemers wanneer je als arts een arbeidsongeschiktheid schrijft waar je niet achterstaat.

3.2.2 Determinanten van morele stress

(Mindmap bijlage i)

Misschien nog belangrijker dan de aanleidingen voor morele stress zijn de determinanten die een invloed hebben op ontstaan, belang en evolutie van morele stress bij huisartsen. Sommige van die factoren zijn intern en zeer eigen aan elke arts afzonderlijk (micro). Andere factoren liggen buiten de arts zelf. Op mesoniveau is er de lokale context waarin arts en patiënt elkaar ontmoeten. Dat gaat onder andere over culturele context van de patiënt of over het samenwerkingsverband van de arts.

Op macroniveau tot slot kijken we vooral naar de invloed van maatschappelijke aspecten en evoluties.

3.2.2.1 Micro

3.2.2.1.1 Persoonlijkheid

Door de artsen werden verscheidene persoonlijkheidskenmerken aangebracht: een groot plichtsbewustzijn, controledrang en hoge zelfverwachting. De artsen gaven in het licht van morele stress een negatieve connotatie aan deze kenmerken.

"(…) mijn verwachtingen voor mezelf als arts en als moeder en als partner waren gewoon te hoog en dan kan je dat niet combineren". (A11)

Hiermee wordt ook het thema gezinsleven aangehaald. Dit wordt verderop besproken als determinant.

Assertiviteit speelt ook een rol. Sommige HAIO's bespreken een gebrek aan assertiviteit om in te gaan tegen de visie van de praktijkopleider en anderen vertellen over het gevaar de mening van minder assertieve collega-artsen te missen:

"(…) dat kan dan de andere collega, die wat meer introvert is, wegdrukken. Dus dan is het belangrijk dat die collega actief wordt gevraagd wat hij ervan denkt; want spontaan zal die het niet zeggen. Als je dat niet doet, zegt die misschien na 5 jaar: jullie luisteren niet dus ik ben hier weg."(A12)

Overige eerder negatief gepercipieerde kenmerken die naar voren kwamen zijn koppigheid en een te groot verantwoordelijkheidsgevoel.

Als positieve kenmerken – die de omgang met morele stress zouden bestendigen – worden stressbestendigheid, zelfzekerheid en een sterke persoonlijke visie aangehaald.

"ik ben wel iemand die stevig in zijn schoenen staat" (A7)

"ik ben wel van de generatie die tegen een stoot kan… Ik slaag er wel in me gelijkmatig te gedragen, wat er ook gebeurt"(A8)

3.2.2.1.2 Ervaring

Voor verschillende artsen bleek ervaring in zowel het professionele leven als het niet-professionele leven bepalend in de perceptie van morele stresssituaties.

Ze vertellen hoe cruciale levenservaringen zoals een bijna-doodervaring, een kankerdiagnose bij een naaste, kunnen helpen tegen het morele residu.

"Door zo'n erge dingen mee te maken (…) word je gevoeliger en word je nog meer gedreven om mensen in heel moeilijke situaties te helpen."(A1)

Anderen vertellen dan weer over de negatieve impact van sommige ervaringen. Bijvoorbeeld jeugdtrauma's die later leiden tot een vermijdend gedrag t.o.v. leidinggevenden.

"Ik ben als jong kind ooit onterecht bij de politie moeten komen. Sindsdien heb ik angst van mensen die boven mij staan."(A3)

Naast dergelijke diepgewortelde levenservaringen, speelt ook beroepservaring mee.
HAIO's leggen uit hoe een gebrek aan kennis en ervaring inzake palliatieve zorg hen onzeker maakt om hun eigen visie door te drukken. Wanneer de iets oudere artsen reflecteren naar hun HAIO-periode, geven ze eveneens aan als beginner meer problemen met morele stress situaties te hebben ervaren dan nu.

"In het begin is dat wel iets waar je tegenaan loopt. Dat is niet iets waar je u op kunt voorbereiden zoals theoretische kennis. (…) Het is het één op één contact met mensen. Iedere mens is anders (…)."(A10).

De meest ervaren dokters verhalen daarentegen hoe een lange carrière helpt bij het relativeren van de dingen: zoals door lange tijd te werken als arts bij het palliatief netwerk rust wordt opgebouwd of zoals ervaring met moeilijke casussen de slaapkwaliteit verbetert.

"wij hebben geploeterd, gezwoegd en gesukkeld en moesten het allemaal zelf uitzoeken. (…) maar met vallen en opstaan sla je er u ook door natuurlijk."(A9)

3.2.2.1.3 Overige levensrollen

Werk combineren met een gezin is moeilijk. Wanneer het thuis niet goed loopt is de stressbeleving groter op professioneel vlak. Omgekeerd is dat evenzeer zo. Er is tevredenheid dat jonge artsen nu minder vaak werkweken van meer dan 60 uur moeten kloppen en hun kinderen zo meer kunnen zien. Toch blijf het voor artsen op veel momenten moeilijk om te kiezen tussen werk en gezin.

"Er zijn taken die ik zou moeten afwerken voor de praktijk, maar ik kan ze niet afwerken anders ben ik te laat op school om m'n kinderen op te halen. Dan moet ik precies kiezen tussen mijn patiënten en mijn kinderen. Er is geen goede oplossing voor."(A11)

In het onderdeel "macro" komen we terug op de verschillende rollen die een huisarts heeft binnen zijn praktijk en hoe die bijdragen tot morele stress.

3.2.2.2 Meso

3.2.2.2.1 Zorgcontext patiënt

Enkele artsen geven aan dat de band tussen arts en patiënt (en diens familie) van groot belang is. Een bestaande vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt kan morele stresservaringen zowel in de hand werken als voorkomen:

"Als je de patiënten zo wat begin te kennen, is het vaak moeilijker om neen te zeggen (bij een ongefundeerde vraag, nvdr.). (…) Ik denk dat het levensverhaal, de patiënt kennen, de patiënt vaak zien,… wat proefondervindelijk gewoon het vertrouwen opbouwen, dat ze zelf ervaren dat je gelijk hebt." (A7)

Een andere dokter werd beschuldigd van het missen van een kankerdiagnose. Door de minder kwalitatieve band met haar patiënt en vooral met de familie was de stressbeleving veel negatiever.

" Het was heel moeilijk om met die dame afspraken te maken en alle dokters werden gewantrouwd door haar en haar echtgenoot (…). Haar echtgenoot heeft mij na het overlijden van zijn vrouw voor de Orde der Artsen gedaagd."(A4)

Qua contextuele factoren werd ook de culturele achtergrond van de patiënten vernoemd. Het verschillende medische perspectief vanuit andere culturen doet situaties moeilijker verlopen.

"Waar zij vandaan komen bestaat het concept huisartsen niet."(A7)

Verder zorgt ook de afwezigheid van bepaalde zorgmogelijkheden dat artsen niet steeds de ideale zorgaanpak kunnen instellen. Dat kan gaan om financiële nood of tekort aan middelen. Deze schaarste wordt uitgebreider besproken in het onderdeel "macro".

3.2.2.2.2 Samenwerkingsverband

In elk interview wordt het belang van samenwerkingsverbanden in de beleving van morele stress aangehaald. Zowel bij solo artsen, die spreken over de werking met de huisartsenkring of collega's in de dichte nabijheid, als bij artsen die werken in groepsverband, als bij HAIO's die hun band met hun praktijkopleider (PO) aanhalen, keerde dit terug.

Verschillende huisartsen beschrijven het protectieve karakter van een goede groepsdynamiek met gelijkgestemdheid. De positieve kenmerken worden uitvoerig besproken in het deel over ethisch klimaat. Hier focussen we voornamelijk op de negatieve dynamieken.

"Ik zou me er niet gemakkelijk bij voelen om dat (wrange gevoelens bij een palliatieve casus nvdr.) met de groep te delen. Sommige collega's lachen dergelijke zaken weg. Er heerst een soort macho-sfeer." (A2)

"We merkten tijdens die vergaderingen dat zij een andere mening had dan die andere medewerkster en dat zij haar ook persoonlijk aanviel over bepaalde casussen (…) Het was ook heel moeilijk om daar iets over te zeggen (…). Dan had je schrik om zelf de lading van voor te krijgen." (A11)

Ook de praktische organisatie binnen groepen wordt vermeld. Men beschrijft o.a. het belang van goede afspraken en van agendapunten niet op de lange baan te schuiven. Ook discussie over het financiële of over richtlijnen zorgt voor wrevel. Voor welke medische prestaties mag men geld vragen en voor welke niet? Hechten we meer belang aan kwaliteit voor de individuele patiënt of aan voldoende zorg voor zo veel mogelijk patiënten? Wanneer volgen we richtlijnen en wanneer wijken we af?

Zoals hierboven al aangeraakt werd, kunnen HAIO's niet steeds hun visie uitdrukken. Dit heeft te maken met een zekere hiërarchie die bestaat tussen de HAIO en diens PO. Zelfs wanneer er een goede onderlinge verhouding en open communicatie bestaat tussen beide partijen zijn er volgens de geïnterviewde HAIO's nog redenen waardoor ze hun mening soms als ondergeschikt ervaren: de PO heeft de eindverantwoordelijkheid, de HAIO heeft minder ervaring en kennis terzake,…

"Je kan wel zeggen: oké het zijn haar patiënten en zij heeft de eindverantwoordelijkheid. Ik heb daar misschien wel iets in te zeggen maar het is niet mijn bedoeling dat ik de doorslag kan/mag geven (…) Ik ben natuurlijk niet in een positie om daar tegenin te gaan."(A10)

"Toch blijf je als HAIO altijd wat afhankelijk van het beleid van uw PO. De PO draagt een zekere verantwoordelijkheid voor de daden van de HAIO."(A2)

3.2.2.3 Macro

3.2.2.3.1 Schaarste

De covid-crisis heeft blootgelegd hoe schaarste ervoor zorgt dat het gewenste behandelplan niet wordt bereikt. Gebrek aan middelen, personeel en kennis werden meer dan eens aangehaald als belangrijke determinant voor morele stress: een gebrek aan goede zuurstofconcentratoren in rusthuizen; te weinig beschermmateriaal voor artsen en verpleegkundigen, te weinig kennis over de ziekte covid-19, het nut van het testen van kinderen op covid-19; onduidelijke en snel wisselende richtlijnen door voortschrijdende inzichten.

Ook buiten de scope van covid-19 zijn de voorbeelden van schaarste velerlei: perceptie van minder kwalitatieve zorg in rusthuizen door financiële druk, ontoereikend opvangaanbod voor psychiatrische

patiënten, onbeschikbaarheid van voorzieningen waarbij zorgverleners of familie kunnen inslapen bij de patiënt, te weinig personeel in rusthuizen om palliatieve patiënten kwalitatief te begeleiden.

"Er wordt vanuit de verpleging in het WZC snel aangestuurd op palliatieve sedatie omdat dit zogezegd de beste oplossing is voor de patiënt. Ik heb soms het gevoel dat dit praktisch de meest gemakkelijke oplossing is en daar wordt voor gekozen. Ik start dus soms palliatieve sedatie zonder dat ik daar volledig achtersta."(A2)

3.2.2.3.2 Organisatie eerste lijn

De manier waarop de eerstelijnszorg en het takenpakket van huisarts in Vlaanderen zijn georganiseerd, veroorzaakt volgens de geïnterviewde artsen enkele barrières waardoor ze meer vastlopen of minder tijd hebben voor de essentie van hun beroep.

3.2.2.3.2.1 Huisartsentekort

Door het toenemende tekort aan huisartsen introduceren steeds meer artsen een zogenaamde patiëntenstop. Enkele meer ervaren dokters vinden het lastig dat nieuwe praktijken eerst veel van hun cliënteel overnemen waarna de patiënten na enkele maanden terugwaaien omdat ze niet meer binnen kunnen in hun nieuwe praktijk. Ze kunnen zich moeilijk vinden in dit concept, zeker wanneer dit ten koste van hun eigen welzijn gaat.

"Ik heb iets tegen praktijken die een patiëntenstop doen. Ik heb de laatste 3 jaar extra hard gewerkt omdat er een aantal artsen op pensioen gingen (…). Op verschillende plaatsen namen ze geen nieuwe patiënten aan. Ik vond dat ethisch gezien niet kunnen. Daarmee heb ik het mezelf moeilijk gemaakt."(A9)

Een tweede vernoemd probleem is toenemende werkdruk, toegeschreven aan personeelstekort. Huisartsen hebben steeds minder ruimte om uitgebreid de tijd te nemen voor patiënten, maar ook voor hun collega's. Hun empathie en zorgkwaliteit lijdt onder tijdstekort en drukte.
Tot slot zorgt die toename aan patiëntenstops én de minder goede band met collega's voor een nieuw ontstane afstandelijkheid en jaloezie tussen collega huisartsen. Zo ontstaat soms wrevel en moeizame samenwerking tussen artsen (van verschillende generaties) die werken in dezelfde buurt.

"Zij hebben destijds moeten knokken voor hun cliënteel, wij moeten dat nu niet."(A5)

(…) het contact met 'collega huisartsen is veel afstandelijker geworden en dat maakt dat wij ook psychologisch afstandelijker van elkaar zijn. (…). De grootschaligheid brengt dat ook wel mee."(A4)

3.2.2.3.2.2 Schaalvergroting

Zoals hierboven beschreven, wordt schaalvergroting van zowel groepspraktijken als huisartsenkringen als factor genoemd die meer afstandelijkheid tussen artsen veroorzaakt. Dit komt het overleg in grotere groep niet ten goede. Nieuwe artsen in enorme huisartsenkringen – waarvan ze eigenlijk niemand kennen – vinden het daarom moeilijk een mening te delen:

"(…) als je een nieuwe huisarts bent in een nieuwe streek is er een drempel om iets uit te spreken. Zeker via elektronische weg. (…). Eigenlijk zouden we laagdrempelig vrijdag na onze werkdag een pint moeten kunnen gaan drinken (…) Je zou die moeten leren kennen. (…) Maar die groep is te groot en de tijd is te beperkt."(A5)

Ook solo artsen vertellen dat ze het moeilijk hebben om in deze grote huisartsenkringen contacten te leggen. Vroeger waren er kleinere gemeentelijke kringen waar maandelijks werd overlegd in vertrouwen en nu niet meer.
Nog anderen benoemen dan weer de schaalvergroting van rusthuizen.

"Vroeger hadden we kleine rusthuizen gerund door 1 eigenaar. De grote groepen nu zijn veel minder persoonlijk en ze doen het zeker niet beter."(A9)

3.2.2.3.2.3 Rol van de huisarts

Anders dan in het Nederlandse model, moet de Vlaamse huisarts van vele markten thuis zijn. Naast de medische taak is de huisarts ook vaak CEO, boekhouder, HR-manager, conflictbemiddelaar, etc. binnen zijn praktijk. Door de veelheid aan taken wordt daarom tijd gemist voor diepgaande discussie over visie en ethiek. Oudere artsen voegen toe dat de verwachte ICT-vaardigheden en administratieve taken de complexiteit van de job enkel maar vergroten. Volgend citaat illustreert hoe het opstarten en runnen van een groepspraktijk delegeren en combineren van vele rollen vereist.

"Dat was avond- en weekendwerk. Ik heb ook mijn gezin nog uiteraard. Kan ik dat als arts? Dan is mijn antwoord: ik denk niet dat ik alle rollen perfect kan opnemen. Dan ga ik falen in bepaalde zaken."(A6)

3.2.2.3.2.4 Rechtsonzekerheid

"Bij een medische fout wordt meestal de arts aansprakelijk gesteld, terwijl de patiënt het advies niet opvolgde. Wij zijn juridisch een kwetsbare groep, omdat de patiënt kan doen wat hij wil. (…) Eigenlijk zouden we een juridisch papier in het leven moeten roepen waarin de patiënt die iets weigert, dit doet op eigen verantwoordelijkheid. Dat zou ons al wat gemoedsrust geven."(A8)

Dit citaat duidt de rechtsonzekerheid die leeft onder de artsen. Anderen getuigen ook van dit probleem.

3.2.2.4 Communicatie

Communicatieproblemen kwamen in de interviews terug op elk niveau. Omdat ze zo'n belangrijke determinant vormen binnen morele stress bespreken we dit onderdeel buiten de eerder gemaakte opdeling micro – meso – macro. Verschillende voorbeelden werden hierboven al aangehaald, wat de nauwe verwevenheid van communicatie met andere determinanten aantoont.
Communicatieproblemen kunnen bestaan uit o.a. foute vooronderstellingen, taalbarrière, onduidelijke communicatie over prioriteiten etc. Het probleem kan zich stellen tussen arts en patiënt enerzijds en tussen zorgverleners onderling anderzijds.
In het eerste geval horen we dat betrouwbare communicatie met een patiënt die lijdt aan dementie of aan een psychische ziekte niet gemakkelijk is, waardoor je soms de gewenste zorg niet kan instellen. Ook de verschillen wat betreft klachtenbeleving bij andere culturen is lastig te interpreteren.

"Het beleven en uitdrukken van fysieke klachten voor Noord-Afrikanen bijvoorbeeld verloopt anders dan bij ons. En wanneer je daar geen aandacht aan besteedt, begrijp je elkaar niet."(A13)

Wanneer we kijken naar communicatie tussen zorgverleners wordt geopperd dat door de toenemende digitalisering van de communicatie een deel van de boodschap verdwijnt.

"Diegenen die het (covid testbeleid, nvdr.) nuanceren, houden op de Siilo app hun mond." (A9)

Tot slot wordt nog toegevoegd dat in conflictsituaties tussen artsen meestal niet de tijd wordt genomen om het perspectief van de andere volledig te leren kennen.

3.3 Belang van morele stress

(Mindmap bijlage j)
In dit deel bekijken we welke (negatieve) gevolgen van morele stress het belang ervan aantonen in de dagelijks praktijkvoering. We bespreken wat morele stress doet met huisartsen, wat er met hen gebeurt wanneer ze door morele stress uit evenwicht worden gebracht. We delen dit op in emotionele, fysieke, existentiële en enkele gedragsmatige gevolgen. Hoe morele stresservaringen ook kunnen resulteren in morele veerkracht, beschrijven we later.

3.3.1 Emotioneel

Intense emoties, zoals schuld en verdriet, kunnen worden beleefd wanneer huisartsen vastlopen.

"Ik voelde mij toen verschrikkelijk schuldig dat dit gebeurd was. Dit heeft mij een hele periode flink uit evenwicht gebracht." (A1).

"(…) Ik heb daar liggen wenen zoals ik nog nooit eerder van mijn leven geweend heb." (A4).

Angst en onzekerheid over uiteenlopende situaties kwamen boven. Er was twijfel over het eigen kunnen als dokter, over de eigen gezondheidstoestand en die van hulpeloze patiënten, over het controleverlies in sommige situaties.

"Op den duur begin je echt te denken: ik kan het gewoon niet goed genoeg."(A11)

"Ik ben toch een aantal nachten wakker geworden met angsten."(A6)

Er was woede en onbegrip over de machteloosheid t.o.v. overheidsrichtlijnen en sociale druk, kwaadheid over patiënten die bewust niet willen meewerken en kwaadheid over hoe de artsen in moeilijke ethische situaties slecht behandeld werden door collega's.

"Enfin, ik ben daar (bij het verschijnen voor de Orde der Artsen, nvdr.) gekleineerd en uitgelachen geweest. Dat was verschrikkelijk. (…). Ik voelde me onbegrepen."(A3)

"Ik was boos op kinderpsychiatrie, dat ze het gezin 3 jaar aan het lijntje hebben gehouden (…) : jullie moeten het oplossen, doe iets, maar ze doen niks."(A12)

3.3.2 Fysiek

Verminderde slaapkwaliteit, toegenomen stress en energieverlies kwamen naar voren als lichamelijk gevolgen.

"Dit is een hele periode geweest van onzekerheid en stress waardoor ik toch wel slechter sliep. Je bent daar continu mee bezig."(A9)

3.3.3 Existentieel

Het existentiële aspect werd in de interviews kort aangeraakt en ligt in de lijn van de onzekerheid over de eigen kunde en rol als arts. Zo vroeg men zich in volle covid-pandemie af wat men als huisarts kan betekenen voor patiënten bij een ziekte die volledig nieuw en ongekend is.

"Je moet toch een beetje controle hebben? Controle over uw patiënten. Als je al jaren ervaring hebt weet je wel hoe mensen te gaan raken. Je hebt daar wel feeling voor. En toen ging het niet. Je stond er op te kijken. Heel raar."(A6)

3.3.4 Vermijding en verstilling

Vermijding van situaties die morele stress geven, is een vaak terugkerende coping strategie. Dit kan zich op verschillende manieren presenteren. Volgend citaat illustreert het vermijdend gedrag van een huisarts na een recente aanvaring n.a.v. een verschil in visie met de lokale rusthuisdirecteur.

"Ik wilde niet verder in het potje roeren. Als men mijn ideeën niet apprecieert, dan ga ik die niet verder opdringen. Dat maakt ook dat ik in de toekomst nooit nog ideeën of bemerkingen ga delen met het rusthuis. (…) Ik heb nu een soort vermijdingsgedrag. (…) ik heb inderdaad geleerd dat ik beter kan zwijgen wanneer ik een idee heb in het vervolg."(A3)

Sommige dokters storten zich op het werk om minder te moeten denken aan stressoren, terwijl een andere arts een hele periode palliatieve situaties vermeed na een slecht afgelopen casus. Een CRA vertelt dan weer hoe rusthuispersoneelsleden met uiteenlopende visies elkaar gingen mijden en niet meer naar overlegmomenten kwamen. Volgend citaat tot slot geeft een somber advies aan geïnteresseerde studenten.

"Ze moeten aan de jeugd de raad geven iets anders te gaan studeren." (A8)

3.3.5 Kwaliteit medische zorg

Ten gevolge van het bovenstaande vermijdingsgedrag zien enkele artsen verval in de kwaliteit van zorg die ze leveren. Ze beseffen dat verstillen over problemen nefast kan zijn voor de eigen patiënten. Men merkt ook dat minder tijd wordt gestoken in patiënten waarbij vooraf het aanvoelen bestaat dat weinig zal worden bereikt.

3.3.6 Beroepsverlating

Enkele artsen denken aan jobverlating omwille van morele stress. Ze gaan desalniettemin verder omdat ze geen andere optie zien.

"Wij hebben weinig alternatieven. Ge kunt niet zomaar in de bank gaan werken (…). Ons diploma is zeer beperkt. We kunnen adviserend arts worden, of (…) arbeidsgeneeskunde gaan doen (…). Dus we zitten ergens in die nauwe marge gevangen."(A8)

"Als die morele stress meer zou worden dan zou ik van job veranderen. Moest er geen huisartsentekort zijn was ik wellicht al veranderd." (A11)

De meeste artsen willen daarentegen niet stoppen momenteel.

"(…) hierdoor zou ik mijn patiënten niet zomaar in de steek laten."(A3)

3.4 Reactie op morele stresservaringen

(Mindmap bijlage k)

In het vorig luik beschreven we wat (passief) met artsen gebeurt en welke negatieve effecten ze ondervinden wanneer ze morele stress ondergaan. In dit laatste deel over morele stress bespreken we hoe artsen meer actief met dit soort situaties omgaan.

In de eerste plaats proberen huisartsen de balans tussen draagkracht en draaglast te herstellen. Deze copingmechanismen vergroten de persoonlijke morele veerkracht (zie verder). Daarnaast zijn er artsen die volharden en artsen die in gesprek treden.

3.4.1 Balans draaglast-draagkracht herstellen

3.4.1.1 Ventileren

Universeel is de nood van huisartsen om gevoelens en bezordheden bij morele stresssituaties op informele wijze te kunnen bespreken en ventileren. We onderstrepen hierbij de waarde van partners of nauwe familie, omdat zij vanuit niet-medische achtergrond een andere kijk op de zaken kunnen aanbrengen. Daarnaast geven de meeste artsen ook aan stoom af te kunnen laten bij hun naaste collega's. Dat kan inderhaast in de gang, op de parking van het rusthuis, op vergaderingen, wanneer de kring op restaurant gaat,… Dit gebeurt vrijwel steeds spontaan. Solo-artsen lijken hiertoe minder gelegenheid te hebben.

"Dat is om feedback te halen (…) ofwel bevestigen ze mij (…) ofwel hebben ze nog een andere invalshoek (…) sowieso een positieve ervaring."(A13)

3.4.1.2 Invullen van vrije tijd

Men hecht ook veel belang aan het legen van het hoofd tijdens de vrije tijd. Voor de meesten zijn dat 'hobby's zoals beweging, sporten en muziek spelen.

"Ik ben heel bewust ieder weekend de natuur ingetrokken." (A6)

Voor anderen gaat dat over deeltijds gaan werken, voldoende slapen of het gebruik van middelen.

"Wij 'nemen 's avonds een borrel om de dag door te spoelen. Ik vind dat wel een normale manier van doen."(A8)

3.4.1.3 Afwachten

Enkele ondervraagden vertellen dat bij conflicterende meningen of gestrande situaties eerst wordt afgewacht en dan wordt gezien wie gelijk krijgt. Men is zich ervan bewust dat de intensiteit van de stressgevoelens hierdoor kan afnemen.

"Ik weet wel: dat is van voorbijgaande aard (…) Als je dat wat tijd geeft dan vloeit dat water wel uit die emmer."(A10)

3.4.1.4 Bijstellen van verwachtingen en aanvaarding

Omgaan met ethische moeilijkheden vereist ook soms het bijstellen van je verwachtingen. Er wordt gesproken over berusting en aanvaarding. De dingen over het hoofd laten passeren. Volgende passage illustreert deze aanvaarding bij een patiënte die keer op keer de hulp van de arts weigert.

"(…) tja het is haar leven, het is haar keuze. Ik kan wel het beste voorhebben met haar maar als zij dat niet wil aannemen dan kan ik ook alleen maar zeggen dat ik het daar kan stoppen."(A13)

3.4.1.5 Stellen van grenzen

Wanneer artsen zich bewustzijn van hun eigen grenzen en hierover communiceren, kunnen ze de impact van morele stress beter opvangen.

"Het is dus belangrijk om af te grenzen en uw eigen valkuilen te kennen en zo te vermijden in burnout of depressie te raken. En op tijd kunnen zeggen: het is goed genoeg geweest. (…) Ook is het belangrijk niet alles zelf te willen oplossen, maar ook expertise van buitenaf te durven inschakelen."(A12)

"Voor mij is het dan de oefening hoe ver ik meega in haar (de patiënte, nvdr.) spel en waar ik de grens trek (…). Door minder boven mijn grenzen te gaan blijft zo'n stressvolle gebeurtenis ook -bij mij dan- minder lang hangen." Dit is voor haar een leerproces: *"Ik heb me toen heel hard laten vangen aan compromissen willen sluiten (…). Dat was het moment dat ik heb besloten: mij zo laten meeslepen ga ik niet meer doen."(A13)*

3.4.1.6 Humor

Humor in belastende omstandigheden kan een sterk wapen zijn.

"Dat was een moeilijk gesprek. En ik heb hier en daar toch een grapje gemaakt waarbij ik zag dat de dame daar deugd van had (…). Door tussen alle somberheid af en toe wat humor brengen."(A1)

(…) de humor van de situatie inzien. De realiteit uitlachen is cynisme. Een lange traditie van een tactiek om te copen met de realiteit." (A8)

3.4.2 Volharden

Vasthouden aan het eigen oordeel over correct handelen lijkt ook te helpen in de beheersing van morele stress. Een voorbeeld is het pertinent weigeren om kinderen te testen voor covid-19, terwijl men dan wel onzeker blijft over de mogelijke schade die dat aanricht voor de algehele volksgezondheid. Hieronder volgt een citaat dat die dit verder toelicht.

"Zou ik dat terug doen? Ja, een beetje tegen de stroom in, ondanks dat het mij veel energie heeft gekost."(A6).

3.4.3 In gesprek gaan

Allerhande artsen halen het belang van (na)bespreking aan wanneer zich meningsverschillen of ernstige events hebben voorgedaan. Hetzij met de patiënt of diens familie, hetzij met collega's.

"De dochter vond dat we hun moeder hadden doodgespoten. (…) Na een uitgebreid gesprek (nabespreking een tijd na het overlijden van moeder, nvdr.) bedankte de dochter me voor de uitleg en kon ze zich duidelijk neerleggen bij de situatie."(A2)

"Er werd regelmatig vergaderd. Communicatie was hier uiteraard belangrijk. (…) Met slaande ruzie en de deur dicht te gooien daar los je niets mee op. Dat heeft geen zin." (A2)

HAIO's vermelden verder nog het overleg met hun PO of hun seminariegroep. Anderen vernoemen de Siilo-app voor digitale dialoog.

3.5 Rol van ethisch klimaat in de ervaring van morele stress

3.5.1 Leidende principes

(Mindmap l)

Huisartsen geven een aantal principes aan die voor hen van belang zijn voor een veerkrachtig ethisch klimaat: tijd, dialoog, authenticiteit, diversiteit, professionele competentie en een collegiale, respectvolle omgang.

3.5.1.1 Tijd

Het belang van tijd maken voor collega's en tijd geven aan beslissingen komt in een aantal interviews naar voren. Tijd maken voor zelfzorg is "belangrijk maar niet dringend". Tijd maken om samen te overleggen kan ervoor zorgen dat stressmomenten beter worden doorgekomen. Omstandigheden als een recent uitgegroeide praktijk bieden ruimte om meningsverschillen over beleid uit te klaren. Tijdige beschikbaarheid van collega's lijkt wezenlijk:

"Ik ga mijn frustratie niet kunnen opkroppen tot ons overlegmoment op vrijdag." (A7)

Tijd maken om collega's op informele manier te leren kennen, bij lunch of pot en pint, kan barrières voor bespreken verlagen. Een goede praktijkorganisatie, waarin taken verdeeld en gedelegeerd worden, blijkt voor artsen evenzeer cruciaal.
Knopen doorhakken loopt volgens sommigen vlotter als hieraan tijd wordt gegeven.

"Als dat (een praktijk gebonden beslissing, nvdr) zo intensief voorbereid wordt ga ik daar ook minder moeite mee hebben. Als je iets niet gewild hebt en ineens wordt het opgedrongen, gaat het natuurlijk niet goed komen." (A11)

Een tijdelijk experiment kan permanent worden, als andere medewerkers de tijd krijgen om het te evalueren. Deze evaluatie en de gemaakte afspraken vereisen een opvolging, wat niet vanzelfsprekend is:

"Als je veel afspraken hebt, begin je te vergeten welke de afspraken waren. (…) De volgende keer weet niemand meer wat er juist beslist is. We zijn nu aan het werken om dat op een wat meer gestructureerde manier te doen: verantwoordelijken aanstellen voor bepaalde afspraken, afspraken regelmatig herbekijken,…." (A11)

3.5.1.2 Dialoog

Principes zoals openheid, leergierigheid, bescheidenheid, democratische besluitvorming en veranderingsbereidheid in dialoog met collega's en medewerkers worden geregeld vernoemd. In volgende citaat komen deze fenomenen naar boven:

"Wanneer een collega de zaak verder exploreert, heb ik daar wel oren naar. Ik ben namelijk nooit overtuigd van mijn eigen visie. Ik sta open voor een andere visie en wil deze onderzoeken. Als ze dan beter blijkt, wil ik ze ook overnemen." (A8)

Gedurende de vaccinatiecampagne tegen Covid-19 in rusthuizen was bescheidenheid over de kennis die voorhanden was aangewezen:

"Je kan uitleg geven (over het vaccin, nvdr.) gebaseerd op (…) kennis die we nu hebben. En ook toegeven dat we een aantal zaken niet weten of wisten." (A9)

In volgende interviews schemerden bescheidenheid, veranderingsbereidheid en leergierigheid door:

"Je moet als je in groep werkt echt kunnen loslaten (…) als oudere arts (...). En dat leer ik wel (...). Niet om te verliezen maar loslaten om te winnen."(A6)

"Tegelijk speelt de gedachte als je iets niet goed kan oplossen: is er iets waar ik niet aan gedacht heb, maar een collega misschien wel? (…) Ook als een collega iets anders aanpakt dan wij, gaan we dit niet carrément afschieten. (…) Als dat dan correcte geneeskunde is, zullen we (…) dat ook beginnen doen." (A12)

Over democratische besluitvorming:

"Iedereen kan goed zijn mening geven. We argumenteren. De originele mening is niet altijd dezelfde maar we komen er wel uit. (…) Er is niet 1 juiste manier. De ene keer overtuigt de ene persoon de andere; een andere keer is dat omgekeerd (…) Als de meerderheid voor het ene is, zal de andere automatisch zeggen: ja oké, misschien zullen we het dan toch zo gaan doen!" (A11)

Alertheid voor problemen en gevoeligheden is evenzeer noodzakelijk.
Om snel zaken aan te kaarten tijdens de covid-pandemie was tenslotte betrokkenheid en bereikbaarheid noodzakelijk:

"Ik had steeds goede communicatie en was goed bereikbaar. Bij het minste wat er was mochten ze mij contacteren en er was altijd goede feedback." (A9)

Soms worden deze principes wel gemist:

"Ik weet niet of ze (de collega, nvdr.) haar concept en filosofie van palliatieve zorg ter discussie zou willen stellen als ze over die (andere) beslissing bij haar gedacht wil blijven." (A10)

"Ik kom hier veel liever werken omdat het nog mogelijk is om samen dingen te bepalen. En het geen strijd is. Ik had meer de indruk dat je daar (in de vorige praktijk, nvdr.) een verandering zag doorvoeren en hier tekenen we zelf nog de weg." (A5)

3.5.1.3 Respect

Een respectvolle omgang op verschillende vlakken maakt deel uit van een aangenaam ethisch klimaat. Tussen collega's en ondergeschikten kan dit zich als volgt manifesteren:

"In een andere praktijk was het belangrijk dat ge hard werkte van 8 tot 21u, terwijl men hier dan eerder zou denken: oei, gaat dat wel goed met deze collega?" (A12)

Respect voor eigen grenzen bespraken we onder reacties op morele stress. Daarnaast is er het respect van arts naar patiënt door gedeelde besluitvorming. Artsen vragen tenslotte ook respect van patiënt naar arts:

"Onze patiënten mogen af en toe wel beseffen dat wij inderdaad onze eigen opvattingen en grenzen hebben, die zij best respecteren." (A10)

3.5.1.4 Professionele competentie

Competentie van collega's is een vereiste voor een aantal artsen.

"(Samenwerken met) mensen met voldoende wetenschappelijke kennis. Die goed opgeleid zijn. Mensen die goed mee zijn met de geneeskunde." (A1)

"Het begint sowieso met het vertrouwen dat ik heb in mijn collega's. Anders zou ik eigenlijk geen raad vragen." (A13)

3.5.1.5 Collegiale omgang

Artsen noemen gelijkwaardigheid, een vertrouwensrelatie, vertrouwdheid en een veilige omgeving als elementen in een collegiale sfeer. Een opgebouwde vertrouwensband tussen collega's helpt om bepaalde thema's te kunnen bespreken. Deze opbouw van vertrouwen gebeurt onder andere door informele contacten en samenkomsten (bijvoorbeeld uit eten) en beschikbaarheid bij persoonlijke problemen.

"Met de collega's van (dorp X) zijn er helemaal geen barrières om zaken te bespreken. We (…) kunnen over van alles vrijuit spreken. Ge hebt dat gezien, als we daar op restaurant zitten."(A8)

"Ik heb met hem (Collega A) een heel goede verstandhouding. Ik zou in eerste instantie aan hem denken wanneer ik zo'n zwaar probleem heb om te bespreken. (…) Hoe langer hoe meer ook met Collega B." (A1)

"Ik zou me er als HAIO ook niet gemakkelijk bij voelen om dat meteen met de hele groep te delen. Sommige collega's lachen dergelijke zaken wat meer weg. (…) Bepaalde collega's hebben veel empathie. Daarbij heb je het gevoel om een verhaal te kunnen doen. Andere collega's hebben die absoluut niet. Jezelf kwetsbaar opstellen voor de hele groep van artsen lijkt niet gemakkelijk in deze samenwerking."(A2)

"(…) Er zijn wel zaken die ik liever alleen bespreek met echte vertrouwelingen dan met mensen van mijn seminariegroep. Omdat ik die mensen toch allemaal minder goed ken."(A10)

3.5.1.6 Authenticiteit en diversiteit

Authenticiteit en diversiteit dragen volgens de geïnterviewde artsen bij aan een klimaat van persoonlijke zorg. Een illustratie binnen het *samenwerkingsverband* is de volgende:

"Een groep wordt ook gevormd door verschillende karakters, die elk afzonderlijk iets kunnen betekenen. Dat ieder op zich van die artsen een uniek iemand is. Dat je bijvoorbeeld kunt zeggen: dat is nu echt typisch iets voor die dokter. (…) Die kan dat goed." (A6)

Volgende citaat belicht een persoonlijke zorgrelatie tussen *arts en patiënt*:

"Het beleid voor elk probleem heeft ook iets persoonlijks. Het huisartsenberoep leent zich hier ook beter toe dan dat van specialisten (…) "Personalised medicine" gaat voor ons ook op voor de globale aanpak van de patiënt. Die zorg is zowel afgestemd op onszelf als op onze patiënt (...) Het gevoel hebben van: ik ben hier bezig binnen de grenzen van de wet maar ook binnen de grenzen van mijn eigen geweten (…) is ook wel een manier om uw job vol te houden.." (A10)

3.5.1.7 Leerproces

Tegelijk is die diversiteit en authenticiteit benutten een leerproces. HAIO's beschreven het als volgt:

"Ik ben niet in de positie om tegen die beslissing in te gaan. Hoewel ik dit probeer aan te kaarten (…) Ik heb daar wel iets in te zeggen maar zij (de praktijkopleider, nvdr.) heeft de eindverantwoordelijkheid" (A10)

"Ik denk dat ik bij gelijkaardige casussen die zich nadien afspeelden, meer belang probeerde te hechten aan mijn eigen gevoelens en waarden. Ik wilde ze niet meteen laten wegdrukken door andere partijen. Doch als beginnend arts is het moeilijk om zich te laten gelden." (A2)

Dit leerproces omvat onder meer de opbouw van een zekere kennis en bewustzijn over morele stress en ethisch klimaat, waardoor een taal ontstaat om erover in dialoog te treden en een zekere afstand te nemen.

"Morele stress is een nieuw woord voor mij. Soms heb ik het moeilijk bepaalde zaken onder woorden te brengen. Misschien kan ik dit wel gebruiken om net die zaken onder woorden te brengen. Als je het met een bepaalde casus moeilijk hebt, kan ik misschien beter gaan identificeren waarom. Is het dan omwille van morele stress? Als je beter weet waarom je daar stress voor hebt, kan je er makkelijker mee omgaan, op anticiperen en er makkelijker over praten. En kan je het makkelijker opzij zetten." (A12)

Het leerproces kan worden bevorderd wanneer men een *coach* inschakelt:

"(We leerden) dat die (meer introverte) collega actief moet worden gevraagd wat hij ervan denkt, want spontaan zal hij het niet zeggen." (A12)

3.5.2 Spectrum

(Mindmap m)

De aanpak van het ethische klimaat beslaat een breed spectrum van structureel en proactief tot informeel. In een meer proactieve, gestructureerde benadering krijgt het teamfunctioneren expliciete aandacht: praktijken volgen hierover bijscholingen; functioneringsgesprekken en coaches worden ingeschakeld. Het andere luik van deze meer gerichte benadering bestaat uit overlegstructuren. Hierbij kunnen aanspreekpunten (vertrouwenspersonen, of verantwoordelijken) voor bepaalde thema's een rol spelen. Daarnaast worden structurele vergaderingen ingebouwd. Voorbeelden zijn multidisciplinair overleg en tussen coördinerende en raadgevende artsen (CRA's) in woonzorgcentra; seminaries voor HAIO's, LOK-overleggen,... In groepspraktijken en wijkgezondheidscentra vinden regelmatige besprekingen met vaste agendapunten plaats. Hierin worden structurele en praktische zaken behandeld alsook moeilijke casussen waarbij morele stress komt kijken. Het belang van bepaalde richtlijnen en visieteksten is variabel. Een aantal praktijken maakt werk van een praktijkvisie, waarop men kan terugvallen bij moeilijke beslissingen. Deze kan zowel expliciet, door middel van uitgeschreven tekst, als impliciet, namelijk een stilzwijgende consensus, zijn. Het belang van deze visie is variabel. Het meeste expliciete voorbeeld is een uitgeschreven, waardengedreven visietekst, die regelmatig wordt herzien. Ook een overkoepelende visie als die van de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) biedt houvast bij het nemen van sommige beslissingen met ethische lading. In andere interviews komt de consensus over evidence-based medisch handelen (EBM) naar voren. In bepaalde gevallen is er weliswaar een visietekst, maar wordt er weinig rekening mee gehouden en lijkt een goed overlegklimaat belangrijker.
Een informele benadering van ethisch klimaat waarbij er vaak een impliciete consensus is, wordt best geïllustreerd door volgend citaat. We proeven hierin ook enig voorbehoud om het ethisch klimaat expliciet te benaderen.

"(Op dat vlak) zijn we niet zo georganiseerd (...) We hebben precies zo een flow van normen en waarden die we respecteren bij elkaar (…) De aanpak is steeds persoonlijk maar in de kern dezelfde. De nuances liggen anders maar onze normen en waarden rond bijvoorbeeld levenseinde zijn perfect dezelfde (…) En het informele contact tussen collega's: we werken daar niet aan: we doen dat gewoon." (A13)

Enkele artsen die voorheen geconfronteerd werden met morele stress door een disfunctioneel ethisch klimaat tonen een meer proactieve aanpak.

3.6 Morele veerkracht als gevolg van morele stress en ethisch klimaat

Voorbeelden van morele veerkracht stelden we zowel vast op korte termijn als op langere termijn. Op korte termijn zagen we vooral hoe artsen ervoor trachten te zorgen dat morele stress niet de bovenhand krijgt door de balans tussen draaglast en draagkracht trachten te herstellen; op lange termijn zagen we artsen die werken aan de weg vooruit. Enerzijds zien we veerkracht als "terugbotsen", anderzijds als "voorwaarts botsen".

3.6.1 Korte termijn

(Mindmap n)

3.6.1.1 Generositeit

Uit een morele stresservaring kan een soort generositeit ontstaan:

"Als de patiënt bereid is om een redelijke compromis te vinden kan je daar ook nog wat extra advies aan koppelen."(A13)

3.6.1.2 Herstelde balans draaglast-draagkracht

3.6.1.2.1 Rol van persoonlijke coping mechanismen

Artsen trachten morele stress niet de bovenhand te laten nemen door de balans tussen draaglast en draagkracht in evenwicht te brengen. Dit werd eerder uitgebreider beschreven onder de reacties ventileren, vrije tijd nemen, afwachten, humor, grenzen stellen, verwachtingen bijstellen en aanvaarden.

3.6.1.2.2 Rol van ethisch klimaat

Op korte termijn kan een constructief ethisch klimaat evenzeer bijdragen aan een herstelde balans tussen draaglast en draagkracht. De draaglast kan worden verkleind door collega's die even *overnemen* als het te veel wordt. De feedback van collega's kan *zelftwijfel counteren* door het *herkennen en erkennen* van de situatie:

"Ja, lotgenoten die elkaar vinden. Als je met dezelfde problematiek worstelt, is het goed dat je met een groep zit die weet waarover het gaat." (A9)

"Op den duur begin je te denken van 'ik kan het gewoon niet goed genoeg, of: is het wel normaal dat ik daar zo veel stress bij heb.' Als je dan van anderen hoort dat zij er ook last van hebben, helpt het wel, dan kan ik ook accepteren dat het moeilijk is." (A11)

Anderzijds kan de mogelijkheid tot het delen van morele stresservaringen met collega's ervoor zorgen dat de *verantwoordelijkheid gedeeld* wordt:

"Als ik die moeilijke situaties actief opvolg en bespreek in team, kan ik daar ook wel beter mee om, omdat we er dan actief mee bezig zijn. We hebben ons best gedaan. En dan is het ook wel makkelijker als dan toch iets fout loopt." (A11)

Het delen geeft ook de mogelijkheid om de unieke *invalshoek van andere zorgverlener*s te leren kennen, en zo het *oplossingsvermogen te vergroten*:

"Tegelijk speelt de gedachte: is er iets waar ik niet aan gedacht heb; en daarom bespreek je het ook met collega's: om te kunnen zien of je het (de morele stresservaring, nvdr.) toch niet kan oplossen." (A12)

Als authenticiteit van de zorgverlener mogelijk is, kunnen diversiteit en verschillende invalshoeken openbloeien en een bredere waaier aan oplossingen verschijnen. Op deze manier van elkaar leren, waarbij de talenten van elke collega naar boven komen, wordt als boeiend ervaren.

3.6.2 Lange termijn: professionele groei

(Mindmap o)

Op langere termijn zien we morele stresservaringen en een bevorderlijk ethisch klimaat resulteren in professionele groei. Het doormaken van moeilijke of fout lopende situaties is een leerkans:

"l'Addition des fautes passées, c'est l'expérience." (A8)

De arts zelf kan aan de slag gaan.

Enkele artsen geven aan dat vervelende situaties stimuleren aanleiding geven tot (zelf)reflectie. Dit kan op gestructureerde wijze of spontaan verlopen. Een arts beschreef hoe in haar praktijk gewerkt wordt met SWOT-analyse (analyse van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen) en visgraatanalyse. Een andere arts vertelde dan weer hoe hij een gevallenlijst bijhoudt die hem helpt zo objectief mogelijk te reconstrueren waar situaties zijn fout gelopen.

Ook kan men leren voorkomen dat morele stress escaleert:

"Op verschillende manieren heb ik achteraf beseft dat die situatie niet oké was. Dat was ik niet. Vanaf dat moment heb ik ook besloten dat ik met briefjes werk. Wil je niet (naar het ziekenhuis, nvdr) gaan, dan teken je een briefje (…). Door minder boven mijn grenzen te gaan blijft het ook – bij mij dan – minder lang hangen" (A13)

De professionele groei deed zich in onze interviews verder voor op vlak van verruimde *kennis* en verfijning van *communicatie*, bijvoorbeeld door sneller de eigen stresservaring te benoemen:

"Ik denk dat ik later bij gelijkaardige casussen meer belang probeerde te hechten aan mijn eigen gevoelens en waarden. Ik wilde ze niet meteen laten wegdrukken door andere partijen." (A2)

Het blijven zoeken naar oplossingen tijdens een episode van morele stress kan het oplossingsvermogen bij gelijkaardige situaties in de toekomst bevorderen.
Een aantal artsen geeft aan dat ze standvastig zijn en zich blijven engageren bij moreel belastende situaties. Gevoeligheid en gedrevenheid kunnen toenemen:

"Door zo'n erge dingen mee te maken, niet enkel dat incident, maar ook daarna door zelf ook erge dingen mee te maken, word je gevoeliger en word je nog meer gedreven om mensen in heel moeilijke situaties te helpen." (A1)

"Je ondersteunt de mensen in wat je kunt en blijft samen zoeken, maar je kunt niets meer doen, je wilt het kind helpen maar dat gaat niet." (A12)

Daarnaast zien we in een aantal gevallen een verhoogde sensitiviteit en breder perspectief ontstaan na morele stresservaringen. De bredere context van de patiënt of collega kan zichtbaar worden gemaakt:

"Het gebeurt weleens dat mensen (…) zonder medische achtergrond de situatie wat meer kaderen, want als arts zit je weleens in een tunnelvisie en vergeet je hoe het is aan de andere kant van de tafel." (A7)

"Het was, denk ik, een concrete discussie, terwijl het meer abstract zou moeten zijn. Een fundamentele discussie hebben we daar niet echt over gehad. (…) Je hebt het dus over 1 boom in plaats van over een heel bos."(A12)

Een proactieve aanpak bij morele stress en conflictgesprekken, om de achtergrond van de collega beter te kunnen begrijpen, manifesteerde zich, na doormaken van eerdere negatieve ervaringen:

"Je begint met het objectieve gegeven benoemen; dan vragen hoe ze het objectieve gegeven zien; doorvragen, herhalen en samenvatten tot de collega het gevoel heeft dat je hem of haar helemaal begrijpt." (A12)

Ook collega-zorgverleners kunnen leren uit scheeflopende ervaringen van collega's.

"Ik zou het wel in de groep naar voren brengen. Wanneer zo'n dingen gebeuren, denk ik dat dit nuttig kan zijn voor de groep om daar ook lessen uit te trekken. Iedereen kan eruit leren." (A1)

Tenslotte kan kwaliteit van zorgverlening verbeteren als men naar zijn morele stress handelt: we zagen een arts het gebrek aan beschermingsmateriaal tegen covid-19 in een woonzorgcentrum tijdens het begin van de pandemie aankaarten, wat uiteindelijk resulteerde in meer veiligheid voor bewoners en personeel.

4. Discussie

4.1 Belangrijkste resultaten

4.1.1 Morele stress

4.1.1.1 Enquête

De enquête, afgenomen in het voorjaar van 2020, levert een aantal duidelijke conclusies op.
In vergelijking met de bestaande literatuur in andere zorgsettings zien we globaal lagere gemiddelde scores voor morele stress uitgedrukt in punten op de MMD-HP bij onze huisartsen (gemiddeld 56,27 met SD 36,13) dan bij artsen die bevraagd werden door Epstein et al. (gemiddeld 96.3 met SD 54.7) (16), verpleegkundigen en artsen op intensieve zorgenafdelingen (IZ) (70-74) en in tertiaire ziekenhuizen (75). De verklaring hiervoor kan velerlei zijn.
Morele stress houdt bij huisartsen verband met jobverlating. Een kwart van de deelnemende artsen heeft ooit al overwogen om te stoppen met zijn job omwille van morele stress. Tot 15% overwoog jobverlating op het moment van de studie, een cijfer vergelijkbaar met wat bij artsen in een intensieve zorgsetting werd gevonden (72), lager dan een cijfer dat bij verplegend personeel op intensieve zorgen tijdens volle covid-pandemie werd gevonden (76) en hoger dan wat bij pediaters werd gezien (77). Het verband tussen jobverlating en morele stress is ook in de vergelijkende statistische analyse duidelijk. In elk geval zijn deze cijfers illustratief voor het belang van morele stress bij Vlaamse huisartsen.
De voornaamste oorzaak van morele stress die uit de vragenlijst naar boven komt, is de “zeer hoge administratieve last”. Hoewel er weinig gegevens beschikbaar zijn bij artsen, lijkt dit consistent met bevindingen bij artsen in andere zorgsettings (16, 75, 78). Een andere gelijkenis is dat ingaan op “de agressieve behandelwens van familieleden bij het levenseinde” veel morele stress met zich meebrengt (16, 78).
Ook een “gebrek aan continuïteit van zorg” scoort hoog. Verschillen vinden we op andere vlakken. Zo geven artsen in de andere ziekenhuissettings (o.a. IZ) aan vast te lopen op een gecompromitteerde zorg omwille van schaarste aan materiaal of bedden. Dit kwam bij huisartsen in de enquête niet sterk naar boven, maar bleek in de diepte-interviews wel een belangrijke determinant.
De huisartsen gaven dan weer duidelijk aan verantwoordelijk geacht te worden voor meer patiënten dan ze eigenlijk veilig kunnen, wat bij andere artsen niet meteen hoog scoorde in de originele MMD-HP in de literatuur (16),(78).
Beroepservaring en leeftijd blijken in deze studie geen numerieke voorspellers van frequentie, intensiteit of totaalscores van morele stress. Dit is consistent met gegevens van Epstein et al (16)

4.1.1.2 Diepte-interviews

4.1.1.2.1 Aanleidingen

We merkten snel dat telkens nieuwe onderwerpen van morele stress werden aangehaald tijdens de interviews. De onderliggende patronen waren meestal uiteenlopende visies van wat als “goede zorg” wordt gepercipieerd en schade toegebracht aan het collectief belang.

Tussen artsen bestaan regelmatig meningsverschillen over de concrete invulling van goede zorg. Het is opvallend tot welke conflicten en soms zelfs ruzies dit kan leiden.

Meerdere denkers hebben gepleit voor de ethische verkiesbaarheid van het voeren van een ethische discussie omtrent medische beslissingen waarbij het streven naar een *consensus* vooropstaat (79, 80). Dit streven naar consensus baart in sommige situaties misschien *een gevaarlijk gebrek aan diversiteit*. Dit zou kunnen leiden tot gebrek aan kritische reflectie over de ethos en standaarden van zorg binnen de zorginstelling, waardoor in plaats van humane zorg enkel een technische prestatie zou worden geleverd (81). Dit lijkt vooral een aandachtspunt voor huisartsen met een sterke religieuze of spirituele overtuiging voor wie een groter belang van samenwerking met collega’s met gelijkaardige ethische visie werd geobserveerd (82). Het is verkiesbaar een tegenstrijdige invulling van goede zorg door een collega-zorgverlener als een geschenk te kunnen zien. De tegenstrijdige visie is een “kanarie in de koolmijn” die signaleert dat waarden of hun onderlinge hiërarchie in het gedrang komen of anders ingevuld worden. Deze tegenstrijdige bijdrage kan de morele sensitiviteit en het moreel perspectief van de zorginstantie en haar zorgverleners doen uitbreiden. Ook wanneer een tegenstelling tussen personen in de maatschappij niet opgelost kan worden, is het belangrijk dat ze op een positieve manier geuit en beheerst kan worden, omdat deze tegenstelling een belangrijke maatschappelijke motor vormt, zo stelt de filosofe Chantal Mouffe (83). Dit laatste inzicht lijkt ons dan ook cruciaal voor een constructieve coping bij artsen die kampen met morele stress omwille van een conflicterende visie t.o.v. collega’s.

Vaak gaat het bij conflicten tussen zorgverleners om onuitgesproken overtuigingen die onder de waterlijn blijven en niet als dusdanig gecommuniceerd worden. In dit opzicht merkte een arts op dat het noodzakelijk is de morele stresservaring te kunnen herkennen en ze vervolgens in een adequate taal te kunnen uitdrukken, in plaats van, zoals een andere arts aangaf, het over 1 boom te hebben in plaats van over een heel bos: over concrete aspecten discussiëren maar de fundamentele onderliggende ethische discussie niet voeren.

Het (h)erkennen van morele stresservaringen, onderliggende determinanten en het *ontwikkelen van een taal om hierover in gesprek te kunnen treden* en een grip op de situatie te krijgen, lijken dan ook cruciaal. *Educatie en training omtrent medische ethiek, morele stress en ethisch klimaat* kunnen hierbij richtinggevend zijn. Onderzoekers RC en AS merkten door hiermee bezig te zijn, een

gelijkaardige evolutie in hun omgang met morele stress. We hopen dat deze studie dan ook handvaten biedt aan zorgverleners om op dit vlak veerkrachtig te handelen.

Een noemenswaardige situatie omtrent uiteenlopende visie van goede zorg is die *tussen HAIO en PO*. Zowel binnen de enquête als in de interviews gaven verschillende HAIO's aan geregeld het beleid van hun opleider te moeten volgen ook wanneer ze niet akkoord waren met die visie. Ze voelden zich niet in de juiste positie om in te gaan tegen hun PO. Er leeft dus enerzijds een gevoel van hiërarchie waarbij de HAIO's hun PO volgen omdat zij de eindverantwoordelijkheid hebben. Het is niet duidelijk in hoeverre PO's zich bewust zijn van deze hiërarchie. Het mechanisme van morele stress hier lijkt gelijkaardig aan wat is geobserveerd is door o.m. Hamric en Whitehead bij verpleegkundigen die botsen op externe beperkingen van de medische autoriteit van een arts boven hen (7, 8). Anderzijds lijkt er weleens een generatiekloof te bestaan waarbij opvattingen over thema's als de balans tussen werk en privéleven of levenseinde botsen.
In de opleiding van (huis)artsen zien we een specifieke rol voor onderricht in verband met morele stress en ethisch klimaat, zowel gedurende lesdagen als gedurende seminaries. Bij voorkeur vinden deze plaats aan het begin van de huisartsenopleiding. HAIO's krijgen zodoende de tools in handen om hier gedurende hun opleiding en latere carrière als volwaardig huisarts op een veerkrachtige manier mee om te gaan. De kaders die we beschrijven kunnen gevoelens van onzekerheid bij HAIO's counteren. Aandacht moet daarnaast gaan naar de soms als hiërarchisch gepercipieerde relatie tussen praktijkopleider (PO) en HAIO als bron van morele stress. Anderzijds kan de PO ervaringen met morele stress en voorbeelden van morele veerkracht doorheen zijn carrière delen en zo veerkracht bij de HAIO inspireren. Zowel de HAIO als de PO kunnen hierin een groeiproces doormaken.

4.1.1.2.2 Determinanten

Op micro-niveau zien we in deze studie interne beperkingen terugkomen uit de bestaande literatuur (13, 18) en komen nog enkele andere kenmerken aan bod: groot plichtsbesef, controledrang en hoge zelfverwachting worden als negatief omschreven.
Een interessant nieuw inzicht is hoe ervaringen in het verleden een grote rol spelen bij morele stress. Niet alleen hebben levens- en beroepservaringen een invloed op coping en aanpak van morele stress, ook kunnen ze zorgverleners extra vatbaar maken voor de ervaring van morele stress. Zo gaven enkele artsen aan hoe levensverhalen (jeugdtrauma's, bijna doodservaringen, valse beschuldigingen etc.) hun beleving kleuren. Net zoals het voor zorgverleners belangrijk is te luisteren naar het volledig verhaal van een patiënt, zo is het ook belangrijk om naar het verhaal van zorgverleners te luisteren. Enkel zo kan men ten volle begrijpen waarom de patiënt of zorgverlener

een bepaalde keuze maakt. De narratieve ethiek, gedragen door de ideeën van Martha Nussbaum, brengt dit proces in kaart (84). Deze stroming zegt dat de persoonlijkheid van mensen wordt gemaakt door verhalen die ze vertellen en beleven, en niet door het maken van bewuste afwegingen (85). Door het luisteren naar deze verhalen kunnen oplossingen en compromissen worden gevonden. Deze getuigenissen opperen daarnaast een rol voor psychotherapie bij artsen, niet alleen na het doormaken van ernstige levensgebeurtenissen of psychische strubbelingen maar ook preventief in het zichzelf leren kennen als arts. Een voorbeeld hiervan zien we in Nederland waar in sommige opleidingen voor arts-assistenten psychiatrie een verplicht en vast aantal sessies wordt voorzien bij een psychotherapeut. De Balint groepen die in de jaren 80 van de vorige eeuw populair waren in Vlaanderen, kunnen mogelijk een boeiend kanaal zijn. In deze seminaries wordt de arts-patiëntrelatie bestudeerd. A.d.h.v. moeizame interacties tussen arts en patiënt komt men tot inzicht in vaak onbewuste psychosociale mechanismen bij de zorgverlener die aanleiding geven tot frustratie en onbegrip, wat als uiting van morele stress kan worden gezien. Artsgebonden factoren beïnvloeden immers niet alleen interacties tussen arts en patiënt, maar geven deze ook vorm (86, 87). Bij uitbreiding kunnen arts-artsrelaties voorwerp van deze seminaries zijn.
Externe belemmeringen zijn niet fundamenteel nieuw ten opzichte van wat reeds in de literatuur te lezen is over andere zorgsettings (13, 14, 88).

Uit onze resultaten komen verder nog enkele zeer specifieke contextuele beperkingen eigen aan het huisartsenlandschap in Vlaanderen naar voren.
Opvallend is het grote aandeel van een slecht lopend *praktijkmanagement.* Nochtans bestaan hiervoor een aantal richtlijnen en publicaties (89, 90). In deze werken wordt bv. gesproken over de rol van een praktijkcoördinator. De meerwaarde van deze functie zagen we slechts éénmaal terug in de interviews. Mogelijks is de veelzijdige rol van de Vlaamse huisarts (patiëntencontact, administratie, personeelsbeheer, etc.) hierbij nog een versterkende factor. In Nederland, bijvoorbeeld, worden veel meer administratieve taken uitbesteed aan praktijkassistenten.

Naast de reeds vernoemde schaarste problematiek, werd aangaande het macroniveau ook veel verteld over de organisatie van de eerste lijn. Voornamelijk het knagend tekort aan huisartsen is volgens artsen een oorzaak waardoor ze verzeild geraken in morele stress. Een vaak aangehaald gevolg hiervan is het invoeren van de patiëntenstop, waarmee veel oudere artsen worstelen. Volgens hen komt hierdoor de continuïteit van de zorg in het gedrang. Dit laatste blijkt echter niet zo te zijn volgens rapport van het Federaal Kenniscentrum (KCE) uit 2019. Hierin krijgt de continuïteit van zorg een zeer goede evaluatie o.b.v. 121 indicatoren(91). Het is echter wel zo dat in Vlaanderen de laatste decennia steeds minder huisartsen per inwoner zijn. Volgens datzelfde KCE-rapport zijn er dat 0,74

per 1000 inwoners. Wallonië en Brussel doen nog slechter met respectievelijk 0,681 en 0,495 (91). De komende jaren brengen schijnbaar geen beterschap. Zo'n 28% van werkende huisartsen in België is immers ouder dan 65 jaar (92). Volgens het rapport is dat ontoereikend om de vergrijzing en de stijging aan chronische ziekten aan te kunnen. Ter vergelijking met andere westerse landen zien we in een studie uit 2019 (met o.a. Nederland, Denemarken, VK, VS etc.) een gemiddelde van 1,1 huisartsen per 1000 inwoners, in Nederland is dat zelfs 1,6 (93).

Tot slot bespreken we de schaalvergroting van huisartsenkringen in het Vlaamse eerstelijnslandschap. Meestal worden vele positieve elementen van groeiende huisartsenkringen aangehaald. Men spreekt dan over betere organisatie van wachtdiensten in wachtposten, betere organisatie van navormingen, sterkere verankering in de eerstelijns zone, betere samenwerking met lokale overheden etc. (94). In de interviews echter kwamen enkele opvallende getuigenissen naar voren. Dit gaat van nieuwelingen die niemand kennen in de grote kring en daarom hun mening niet durven delen, tot solo artsen die minder gemakkelijk kunnen ventileren dan vroeger in de meer vertrouwde gemeentelijke kringen.

4.1.1.2.3 Belang

De gevolgen die huisartsen beleven na het ervaren morele stress liggen in onze interviews volledig in de lijn met wat eerder werd beschreven bij zowel artsen als verpleegkundigen.

4.1.1.2.4 Reactie

Hoewel er een grote bereidheid en weinig weerstand was bij het exploreren van dit onderwerp en de zeer persoonlijke gevolgen voor artsen, blijft het doormaken van morele stress voor een aantal artsen een ethisch solitaire gebeurtenis.
Educatie en training kunnen, zoals eerder aangehaald, leiden tot een achtergrond en taal die een zekere grip biedt op morele stresservaringen en in dialoog treden mogelijk maakt.
Vervolgens kunnen de artsen denkkaders gebruiken om de morele stresservaring te ontleden. Zo beschrijven Kherbache et al. hoe kennis en toepassing van grote denkkaders zoals die van de klassieke principe ethiek (autonomie, weldadigheid, kwaadaardigheid, rechtvaardigheid) of de meer recente zorgethiek hiertoe bijdragen (13). In die laatste beschrijft Joan Tronto vijf stadia van goede zorg verbonden aan morele kwaliteiten (oplettendheid, verantwoordelijkheid, competentie, ontvankelijkheid en vertrouwen) (95, 96). Zorgethiek is in het geval van artsen een interessante aanvulling, omdat zij - anders dan de principe ethiek - meer doet dan het louter beoordelen van medische beslissingen op basis van de klassieke ethische principes. Ze focust zich vooral op het versterken van relaties tussen mensen wat leidt tot respect en vertrouwen (bijvoorbeeld tussen arts en patiënt) (97).

Als antwoord op de determinant “schaarste”, die in de interviews wordt beschreven, kan zorgethische efficiëntie richtinggevend zijn. “Zorgethisch efficiënt handelen bij schaarste” is o.a. gebaseerd op het “*Doing the best I can Do-model*” van Musto (40). In tijden van schaarste kan men niet de best mogelijk zorg leveren, maar wel “zorg die goed genoeg is”. Wat dat precies inhoudt, kan men enkel te weten komen door dialoog met patiënten en collega’s, gezamenlijk reflecteren in authentieke intervisie, aandachtig beschouwen en kiezen voor wat er in de zorg echt toe doet en hierop regelmatig terugkomen (88).
Ook de vaardigheid van morele moed kan worden gecultiveerd. Zo kan men als zorgverleners vooraf over morele stresssituaties nadenken, mogelijke scenario’s en consequenties doornemen, of als onderwerp in intervisiebijeenkomsten met elkaar bespreken (98).
In België bestaat de website www.morelestress.be. Deze website handelt over morele stress in de (ouderen)zorgsector en biedt manieren aan om morele stress te detecteren en bespreekbaar te maken op individueel-, team- en organisatieniveau.
Het “4A’s model” van de “*American Association of Critical Care Nurses (AACCN)”* is een ander hulpmiddel in de omgang met morele stress. De A’s staan voor *“Ask, Affirm, Assess and Act”*. Het begint met zelfreflectie, waarbij de zorgverlener leert zien dat morele stress aanwezig is (ask), vervolgens voor zichzelf bevestigt dat actie belangrijk is (affirm), een actieplan opstelt op basis van de onderliggende determinanten (assess) en vervolgens actie onderneemt om de integriteit en authenticiteit te herstellen (act) (99).

4.1.1.3 Vergelijking resultaten enquête met resultaten van interview

Uit onze diepte-interviews vormen twee elementen een aanvulling op de MMD-HP-vragenlijst.
Het eerste element is de zorgverlener die zich onder druk gezet voelt al dan niet een handeling te stellen waardoor het collectief belang beschadigd wordt. Deze belangrijke oorzaak van morele stress zien we niet terugkomen in de MMD-HP. Voorbeelden die worden aangehaald zijn mantelzorgers die lijden onder beslissingen van de patiënt, of de maatschappelijke kost van overbodige onderzoeken en behandelingen. Dit spanningsveld tussen individueel en collectief belang trad uitgesproken op de voorgrond tijdens de covid-epidemie tijdens dewelke artsen plots gedwongen werden vanuit het oogpunt van volksgezondheid te handelen in plaats van uit de “standaard” zorgethiek gefocust op de individuele patiënt (13).
Als tweede element merken we op dat de MMD-HP vooral kijkt naar externe beperkingen die leiden tot morele stress. Dit komt voornamelijk omdat de vragenlijst grotendeels gebaseerd is op de originele concepten en definities van Jameton (6). In onze interviews daarentegen werd al snel duidelijk dat ook het belang van verscheidene interne beperkingen niet te onderschatten is. Deze

beperkingen zouden in toekomstige uitgebreide vragenlijsten over morele stress moeten opgenomen worden en kunnen voorwerp van onderzoek zijn in Balint-groepen.

Bij initiële beschouwing bestaat een opvallende schijnbare tegenstelling tussen de resultaten van de enquête over morele stress en de resultaten van de diepte-interviews.
Ten eerste is het opvallend dat morele stresssituaties die spontaan in de diepte-interviews naar boven kwamen niet noodzakelijk de hoogste scores kregen toebedeeld in de MMD-HP. Zo scoren administratieve verplichtingen het allerhoogst in de MMD-HP, terwijl dit slechts als bijkomstige factor werd aangehaald in enkele interviews (namelijk 4, 5 en 9). Items in factor 3 scoren dan weer erg laag in de MMD-HP, terwijl in interviews bij HAIO's en huisartsen toch verscheidene keren een grote impact van een samenwerkingsverband waarin open discussie of een veilige omgeving onmogelijk was, werd opgetekend. Voor deze verschillen zijn enkele verklaringen mogelijk: de vraagstelling of methode van de diepte-interviews kan hierin een rol spelen (over systeemfactoren is bijvoorbeeld een weinig persoonlijk verhaal te vertellen in een interview); anderzijds is er gebrek aan verzadiging wat betreft morele belastende situaties in de diepte-interviews; ten slotte is er misschien een laag bewustzijn over hoe een onveilige ethische context morele stress in de hand werkt. Bedreigde continuïteit van zorg, patiëntenstop en overladen zijn door patiënten (factor 1) en patiënten met onduidelijke behandeldoelen komen dan weer wel prominent naar voren als belangrijke factoren in zowel kwalitatief als kwantitatief deel.
Ten tweede worden in de diepte-interviews verbanden geobserveerd die in de statistische analyse van de enquête niet kunnen worden aangetoond: persoonskenmerken als leeftijd, beroepservaring, samenwerkingsverband (solo vs groep) en opleidingsstatus blijken geen significante statistische voorspellers van frequentie, intensiteit noch totaalscores wat betreft morele stress, maar worden toch aangehaald als determinanten in de interviews. Het is wat speculeren wat deze schijnbaar tegenstrijdige bevindingen verklaart. Onze steekproef was enerzijds relatief klein om goed determinanten met beperkte invloed te kunnen capteren. We kunnen ook dieper ingaan op deze specifieke verschillen: beroepservaring kan ertoe leiden dat de intensiteit van de ervaring afneemt, bijvoorbeeld omdat men meer copingmechanismen ontwikkelt om met morele stress om te gaan, terwijl men door een toegenomen werkcapaciteit frequenter met morele stress geconfronteerd wordt. In tegenstelling tot wat in de literatuur wordt aangehaald (13) zien wij echter geen toename van frequentie en afname van intensiteit naarmate de beroepservaring in de enquête. Dit is consistent met bevindingen van Epstein (16). Het type samenwerkingsverband is numeriek geen voorspeller van morele stress, maar anderzijds kan het werken in groep toch een goed antwoord bieden op morele stress. Dit hangt dan natuurlijk af van de kwaliteit van het samenwerkingsverband (zoals elders beschreven).

Concluderend: vragenlijsten helpen om op meer exhaustieve wijze factoren te inventariseren die morele stress veroorzaken; diepte-interviews helpen inzicht te verwerven op hoe huisartsen erg persoonlijk en individueel verschillend uit evenwicht worden gebracht door morele stresssituaties en hier in hun praktijksetting mee omgaan. De rijkere inhoud van intervisiegesprekken kan dus de complexe interacties en mechanismen tussen oorzaken en gevolgen blootleggen in de specifieke context (1, 15, 40). We kunnen daarom stellen dat proactief aan de slag gaan met morele stress en ethisch klimaat baat heeft bij vragenlijsten en intervisiegesprekken die complementair worden gebruikt.

4.1.2 Ethisch klimaat

De grote uitdaging lijkt er voor huisartsen in te bestaan de voordelen van samenwerkingsverbanden in morele stresservaringen te benutten en de potentiële nadelen te reduceren. We beschreven dat het ethisch klimaat van een huisartsenpraktijk om diverse redenen een bron van morele stress kan zijn; daarentegen kan het ook de morele veerkracht versterken. “Gedeelde smart is halve smart”, zo tonen de diepte-interviews aan. Het delen van morele stresservaringen met collega’s die lotgenoten zijn, kan zelftwijfel counteren, draaglast verlichten door gedeelde verantwoordelijkheid, en mogelijke oplossingen aanreiken door een andere perspectief te leren kennen. “Reculer pour mieux sauter”: het inbouwen van reflectie en intervisie met peers in een constructief ethisch klimaat kan daarnaast leiden tot tijdswinst door zorgethische efficiëntie: zorg die tegemoetkomt aan de noden van de betrokken partijen (88). Het valoriseren van een ethisch klimaat waar diversiteit benut wordt en morele sensitiviteit groot is kan bevlogen, authentieke, persoonlijke zorg mogelijk maken. Concrete handvaten hierbij zijn echter niet steeds beschikbaar.

Een van de belangrijke vaststellingen is dat dit gunstig ethisch klimaat bereiken een aanzienlijk leerproces vereist. “l’Addition des fautes passées, c’est l’expérience”, een stelling van een van de geïnterviewde artsen in de context van het opbouwen van medische expertise, zou men dan ook kunnen toepassen op het ethisch klimaat.
Een meer *proactieve aanpak* van het ethisch klimaat zagen we dan ook bij artsen die in het verleden een ongunstig klimaat ervoeren. Kherbache et al bepleiten doorgedreven ethisch onderwijs, hulpmiddelen en richtlijnen voor ethische discussie en reflectie, wat tot een ethisch klimaat waarin open dialoog en een zorgzame houding centraal staan, zou leiden (13). Verder onderzoek kan uitwijzen welke benadering succesvol is, en welke eventuele barrières een proactieve aanpak in de weg staan. Uit onze interviews observeren we alvast enkele belangrijke aspecten: een gevoel van tijdsgebrek; de noodzaak om een goed informeel contact te hebben met collega’s; de indruk dat een meer structurele aanpak van ethisch klimaat tot minder spontaniteit of authenticiteit zouden leiden.

In het groeiproces dat hierbij komt kijken, kan men een beroep doen op *coaches*: in Vlaanderen bestaat specifiek voor huisartsen bv. Echtt, een initiatief van en voor artsen (100). Zij richten zich op het optimaliseren van een vruchtbare samenwerking door begeleiden van evolutie zowel individueel als qua samenwerkingsverband onder meer door hiertoe vaardigheden te ontwikkelen.
We leren uit enkele interviews dat soms een *zoektocht* nodig is om een *samenwerkingsverband* te vinden waarin men zichzelf als arts goed voelt. In Nederland bijvoorbeeld laat het statuut van waarnemend huisarts toe aan het begin van de carrière het reilen en zeilen in verschillende praktijksettings te leren kennen.

Het belang van een open dialoog waarin verschillende perspectieven worden geëxploreerd en gedeeld, zoals eerder aangehaald, blijkt dus ook uit ons onderzoek. Naast de richtinggevende principes die we in de resultatensectie beschrijven is de *geweldloze communicatiemethode* ontwikkeld door Marshall B. Rosenberg interessant. Bij deze methode neemt men aan dat meningsverschillen, beschuldigingen, dwangmaatregelen of oordelen tussen personen gebaseerd zijn op niet-ingewilligde noden van een van de betrokken partijen. In een constructieve dialoog is zelfbewustzijn van en compassie met deze noden en emoties primordiaal; gelijklopend zouden we kunnen zeggen: bewustzijn van een morele stresservaring opent de deur naar een dialoog die de oplossing kan baren.
De methode gaat als volgt: indien men zich ergens niet goed bij voelt (in dit geval: wanneer men morele stress ervaart), start men met het objectieve gegeven (los van interpretatie of emotie) te benoemen. Vervolgens spreekt men de emotie die deze situatie oproept uit, waarna men zijn noden expliciteert. De methode eindigt met een verzoek aan de betrokken partijen, waar de ander al of niet op kan ingaan. Deze methode kan dus een antwoord helpen zoeken op de nood van een zorgverlener om te doen wat in haar of zijn ogen goed is maar gehinderd wordt door een of andere barrière.

In onze interviews komt weinig informatie naar boven wat betreft het integreren van diversiteit en totstandkoming van “gedeelde visie”, wereldbeeld of ethische consensus, wat wel een belangrijk aspect vormt van de oorspronkelijke definitie van ethisch klimaat door Jameton. Tilburt et al beschreven hoe men bij beoefening van de geneeskunde uitgaat van expliciete en impliciete aannames over gezondheid en uitoefening van geneeskunde (101). Daarom hebben andere auteurs ervoor gepleit om reflectie over dit wereldbeeld essentieel deel te laten worden van de medische opleiding (102); zoniet ontstaat mogelijk - zoals eerder beschreven – een gevaarlijk gebrek aan diversiteit.
Vragenlijsten over ethisch klimaat als de HECS (45) en SWECQ (46) brengen dit ethisch wereldbeeld niet in beeld: zij peilen in welke mate voorwaarden voor democratische dialoog worden vervuld.

Arnauds ECQ peilt dan weer naar determinanten van ethisch gedrag binnen een organisatie maar maakt abstractie van de onderliggende ethische assumpties of assumpties met morele waarde; deze assumpties worden dan ook niet in het licht gesteld (47). Hier zien wij een rol voor de eerder aangehaalde Balint-groepen, die tot doel hadden stroef verlopende contacten tussen arts en patiënt te bespreken met peers, om zo onder meer tot een beter begrip en inzicht in onbewuste overtuigingen en gewoontes te komen (86, 87).

We concluderen dat ook in onze studie grotendeels onduidelijk blijft hoe een gedeeld "wereldbeeld" of beeld van goede zorg bij individuele artsen en binnen een praktijk tot stand komt en richting geeft aan de zorg die geleverd wordt. Omdat eerstelijnspraktijken in aanraking komen met de leefwereld en vraagstukken van alle lagen van de maatschappij, kan onderzoek van dit beeld daarnaast inzicht bieden bij ethische vraagstukken en gepolariseerde debatten binnen de ruimere eenentwintigste-eeuwse maatschappij.

De waarde van visieteksten, wettelijke bepalingen en richtlijnen in het aanpakken van morele stress en ethisch klimaat dient nog verder onderzocht te worden. Onze steekproef bevatte immers weinig praktijken die werk maken van een expliciete praktijkvisie; als deze al bestaat, wordt hier slechts beperkte waarde aan gehecht. Opvallend is evenwel de consensus over handelen volgens "*evidence based medicine"* (EBM), wat in meerdere interviews naar voren komt. Als kanttekening hierbij merken we op dat naar schatting slechts de helft van de "evidence based" aanbevelingen voor eerstelijnszorg gebaseerd is op patiëntgerichte studies (103). Of een medische beslissing dus werkelijk gestaafd wordt door overtuigend bewijsmateriaal is in een aanzienlijk deel van de gevallen twijfelachtig.

4.2 Beperkingen

Respondenten werden mogelijk geconfronteerd met thema's die gevoelig liggen en durfden misschien daardoor niet naar eer en geweten vragen beantwoorden.

Ten tweede werd de MMD-HP gesuggereerd als instrument voor de eerste lijn maar nog niet gevalideerd door onderzoek in deze zorgcontext (16). De interne validiteit wordt mogelijk gecompromitteerd door selectiebias: enerzijds vanwege de beperkte geografische spreiding van de steekproef, anderzijds omdat respondenten vrij waren om in te gaan op onze uitnodiging. Het is mogelijk dat we hulpverleners hebben gemist die hierover niet in gesprek willen gaan, geen tijd hadden, geen morele stress ervaren en dus geen interesse hadden om mee te werken aan ons onderzoek (non-responsbias). De enquête vond plaats op de wachtpost, wat misschien niet de meest geschikte locatie is voor het invullen van een ethisch geladen vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit meerdere lange matrixvragen: die kunnen uitnodigen tot het geven van willekeurige antwoorden, om er zo snel mogelijk doorheen te zijn.

Wat betreft de diepte-interviews lijdt het onderzoek mogelijk onder interviewerbias en rapporteringsbias. Dit door het onbewust sturen van antwoorden van de respondent op basis van kennis van de literatuur; het uitlokken van sociaal wenselijke antwoorden tegenover een echt persoon; het preferentieel rapporteren van zaken die de interviewer zelf relevant vindt.
Ten derde bereikten we geen saturatie tijdens de diepte-interviews, zeker niet wat betreft aanleidingen van morele stress. Dit is te wijten aan de brede scope van dit onderzoek en kan in vervolgonderzoeken naar specifiekere thema's wel bereikt worden.
Tenslotte moet de externe validiteit van dit onderzoek gekaderd worden binnen tijd en ruimte. Resultaten van dit onderzoek zijn mogelijk niet generaliseerbaar naar de bredere Vlaamse en internationale eerstelijnscontext gezien het beperkt aantal respondenten. Gezien dit kwalitatief onderzoek zich voornamelijk richt op het doorgronden van theoretische inzichten eerder dan op statistische veralgemening, hoeft de representativiteit niet problematisch te zijn. Het is waarschijnlijk dat deze inzichten ook van toepassing zijn op andere gelijkaardige zorgcontexten (68). De studie vond plaats tijdens de tijdspanne van volle Covid19-pandemie. Deze pandemie veroorzaakte onder andere een shift in perspectief van individuele klinische ethiek naar publieke gezondheidsethiek (104). De rol en takenpakket van (huis)artsen werden hierbij grondig door elkaar geschud, wat een belangrijke weerslag had op morele stress en mentaal welzijn (13).

4.3 Sterktes

Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek naar morele stress en ethisch klimaat dat zich specifiek richt op Vlaamse huisartsen.
Onze studie bevroeg binnen 2 Vlaamse huisartsenkringen een divers artsenpubliek wat zich toonde in een evenwichtige steekproef op vlak van demografische kenmerken. Gezien het exploratieve karakter van deze studie is de beperkte geografische spreiding van onderzoekssubjecten volgens ons niet problematisch.
Deze studie stelt huisartsen in staat een inzicht in en grip te krijgen op fenomenen die nog weinig bestudeerd en besproken worden op de werkvloer, hoewel we in onze interviews getuige waren van een grote bereidheid om hierover gedachten te delen. De verworven achtergrond in deze studie laat artsen toe om *moreel veerkrachtig* te handelen.
Het onderzoek ging zowel in de breedte door het voorleggen van een vragenlijst als in de diepte door middel van diepte-interviews. In deze gesprekken trad bijvoorbeeld de interactie tussen individuele kenmerken als persoonlijkheid, beroepservaring en overige levensrollen met externe determinanten van morele stress op de voorgrond.
Dit exploratieve onderzoek opent tenslotte de deur naar diepgaandere studies over de rol van morele stress en ethisch klimaat in de (Vlaamse) huisartsenpraktijk.

4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Verder onderzoek kan zich richten op specifiekere thema's zoals we in de discussie tot dusver identificeerden. Hiertoe behoort het incorporeren van interne beperkingen die aan morele stress ten grondslag liggen in vragenlijsten; het uitdenken van vormingen omtrent morele stress en ethisch klimaat voor artsen en artsen in opleiding; het evalueren van effecten van interventies op morele stress; het bestuderen hoe een gedeeld "wereldbeeld" of beeld van goede zorg bij individuele artsen en binnen een praktijk tot stand komt en richting geeft aan de zorg die geleverd wordt; de rol van visieteksten en richtlijnen in morele stress; het identificeren van een goede proactieve aanpak van ethisch klimaat en eventuele barrières die hierbij worden ervaren.

E. Besluit

Morele stress en ethisch klimaat in zorgsettings zijn thema's waarvan het belang steeds nadrukkelijker wordt onderschreven in de literatuur. Ze hebben een belangrijk effect op kwaliteit van zorg, professioneel welzijn en intenties tot jobverlating. Tot dusver zijn echter slechts weinig gegevens over morele stress en ethisch klimaat bij huisartsen beschikbaar.
Met dit thesisonderzoek exploreerden we de rol en het belang van deze thema's bij Vlaamse huisartsen. Dit deden we achtereenvolgens door het afnemen van een gevalideerde vragenlijst en het bevragen van huisartsen a.d.h.v. diepte-interviews.
Hieruit konden we vaststellen dat beide thema's leven bij huisartsen en belangrijke effecten hebben op kwaliteit van zorg, professioneel welzijn en intenties tot jobverlating.
Kwantitatief scoren Vlaamse huisartsen op morele stress weliswaar lager dan artsen en verpleegkundigen in andere zorgsettings; toch observeren we ook bij hen een belangrijke impact die o.m. blijkt uit intenties tot jobverlating (6% van de respondenten is ooit gestopt, 25% heeft dit ooit overwogen en 15% van de artsen overweegt jobverlating vanwege morele stress), en de door huisartsen beschreven negatieve effecten van morele stress op emotioneel, fysiek, existentieel en professioneel vlak.

Wanneer we determinanten van morele stress en ethisch klimaat beschouwen, zien we (statistisch) geen verband tussen persoonskenmerken als geslacht, beroepservaring, solowerk of werk in groep, opleidingsstatus en morele stressscores. Systeemfactoren als administratieve last en verantwoordelijkheid voor een te groot aantal patiënten scoren kwantitatief het hoogst als determinant van morele stress. De diepte-interviews identificeerden uiteenlopende visies op goede zorg en schade aan het collectief belang als containers waaronder vele morele stresssituaties vallen. Determinanten van morele stress zijn intern aan de persoon (microniveau), of extern (meso- en macroniveau). Op microniveau herkennen we vooral het belang van levenservaringen en persoonlijkheidskenmerken. Op mesoniveau zien we praktijkmanagement als belangrijke determinant. Op macroniveau, tenslotte, zijn gepercipieerde schaarste en de organisatie van de eerste lijn pijnpunten. Communicatieproblemen zien we op al deze niveaus.
Schijnbare tegenstellingen in oorzaken van morele stress tussen de enquête en de interviews leren ons dat de rijke essentie van morele stress slechts bloot komen te liggen wanneer diepgaande dialoog plaatsvindt; vragenlijsten laten dan weer toe een globaler overzicht van de determinanten te verwerven.

Vlaamse huisartsen gaan op diverse wijzen om met morele stress. Ze trachten de balans tussen draaglast en draagkracht te herstellen door onder andere te ventileren, vrije tijd te nemen en te berusten. Soms volharden ze of gaan ze in gesprek. Ze kunnen hierbij ook werken aan het ethisch klimaat binnen hun zorgorganisatie. Zulke proactieve aanpak zien we frequenter bij artsen die in het verleden geconfronteerd werden met een ongunstig ethisch klimaat.

Qua benadering van ethisch klimaat zien we een breed spectrum van “spontane flow” tot een meer proactieve manier, waarbij aandacht wordt gegeven aan functioneren in team en consensushulpmiddelen. Een gunstig ethisch klimaat bereiken vereist een leerproces dat begint met de herkenning van morele stresservaringen. Hierbij is kennis van de fenomenen morele stress en ethisch klimaat onontbeerlijk, zodat de ervaring ook aan de oppervlakte komt. Dit is een proces van herkennen, begrijpen, erkennen en benoemen van de ervaring ten opzichte van collega-zorgverleners of patiënten. Een zekere ontwikkeling van een taal om in dialoog te treden is dus onontbeerlijk om de morele stresservaring te voorkomen of te verhelpen.
We identificeerden een aantal leidende principes die van belang zijn in een gunstig ethisch klimaat en verband houden met de aspecten tijd (tijd maken en tijd geven), dialoog, respect, professionele competentie, collegialiteit, authenticiteit en diversiteit.
We zagen morele veerkracht zowel op korte als op lange termijn resulteren uit morele stresservaringen en ethisch klimaat. Op korte termijn zien we hoe de balans tussen draaglast en draagkracht hersteld kan worden; op lange termijn zien we vooral voorbeelden van professionele groei bij de arts zelf, bij collega-artsen en in de zorgvoorziening.

We bespraken een aantal mogelijke interventies ter bevordering van ethisch klimaat en morele veerkracht. Het opbouwen van kennis a.d.h.v. deze studie kan huisartsen erkenning en herkenning leveren in de dagelijkse praktijk om deze noodzakelijke vat op de situatie te krijgen. Ethisch klimaat kan gebaat zijn bij opbouw van kennis over het fenomeen tijdens opleidingen, een zoek- en leerproces, afnemen van vragenlijsten, structurele intervisiemomenten, bijstand van coaches, individuele psychotherapie, het ontwikkelen van een taal, de geweldloze communicatiemethode en een goed praktijkmanagement.

Tenslotte effent deze exploratieve studie het pad voor verdere diepgaandere studies naar beide thema’s.

Persoonlijke reflecties en werkverdeling

1. Reflectie Anton Saerens

De samenwerking met Raf verliep vlot. Omdat we elkaar reeds op voorhand kenden, wist ik dat een samenwerking met Raf constructief en complementair zou zijn. Raf werkt meer systematisch en structureel, ik meer associatief en breder. De werkverdeling beschrijft Raf verder voldoende uitgebreid. Onze promotor Jan De Lepeleire en co-promotor Yvonne Denier verzorgden een goede, betrokken begeleiding en aansturing op momenten waarop we vastliepen, onder andere door het aanleveren van relevante literatuur en inzichten vanuit hun jarenlange ervaring in onderzoek.
De stappen die we tijdens de studie ondernamen moeten ons toelaten om ons verder functioneren, onze praktijkvoering, interacties tussen zorgverleners onderling en met patiënten in een ander licht te bekijken, hierbij stil te staan, te reflecteren en in dialoog te treden. Ik geloof dat mijn uiteindelijke ethische kwaliteit en doelgerichtheid van zorg (cf. James Mold) hiermee zal toenemen door een gegroeid bewustzijn oftewel gegroeide morele sensitiviteit.
Deze studie was voor ons beiden een vuurdoop in de “zachte” wetenschap waarin menselijke, intuïtieve, en ethische aspecten van geneeskunde en haar zorgverleners wordt onderzocht.
We werden dus geconfronteerd met groeipijnen en het feit dat onderricht over wetenschappelijk onderzoek in de opleiding geneeskunde vrij sterk focust op evidence-based medicine, waarbij enkel wat meetbaar is, aandacht krijgt. Wat niet meetbaar is, dreigt dan te worden verwaarloosd. Nochtans halen we uit onze studie meerdere voorbeelden waaruit blijkt dat meten niet altijd weten is, of zelfs het tegendeel.
Ik identificeer een aantal groeipijnen tijdens het onderzoeksproces: 1) kennismaking met een interessante literatuur waar ik amper mee in aanraking was gekomen, die daarnaast ook uitnodigt om verder te lezen en uit te waaieren, en zo afleidt van de oorspronkelijke vraag; 2) vanuit een heterogene literatuur met verschillende en zeer brede concepten van morele stress en ethisch klimaat tot werkbare conceptdefinities komen; 3) onderzoeksvragen formuleren voor kwalitatief onderzoek; 4) samenstellen van een interviewgids waarbij naar deze onderzoeksvragen wordt toegewerkt; 5) afnemen van diepte-interviews waarin enerzijds de geïnterviewde moet worden uitgenodigd verder te vertellen en anderzijds to the point moet worden gehouden 6) uit een enorme waas aan gegevens een heldere verhaallijn destilleren.
Achteraf beschouwd hadden we ons studiedomein iets beperkter kunnen afbakenen dan drie ruime onderzoeksvragen, wat ons had toegelaten nog wat diepgaander te werken zowel in kwalitatief als kwantitatief deel. Het doel van de studie, namelijk het exploreren van morele stress en ethisch

klimaat in de huisartsenpraktijk, hebben we daarentegen wel goed en redelijk overzichtelijk weten te bereiken. Daarnaast bood het enigzins ambitieus samenbrengen van morele stress, ethisch klimaat en morele veerkracht in één studie toch boeiende inzichten die bij een nauwere onderzoeksvraag moeilijker naar boven zouden zijn gekomen.
Wat deze studie bijdraagt aan het werkveld, tracht ik hier beknopt weer te geven vanuit het oogpunt van (zorgethische) efficiëntie. Middelen en energie van zorgverleners moeten efficiënt worden ingezet voor goed gekozen doelen die de gezondheid en welzijn van de patiënt ten goede komen; hieruit volgt dat we niet herhalen wat we in de hoofdtekst reeds aanhaalden.
Een van de lessen die we immers uit dit onderzoek trekken en moeten meenemen naar het zorglandschap, is dat bronnen van morele stress bij overvloed aanwezig zijn in de zorg, en een goed kiezen van prioriteiten en hierover in dialoog gaan is primordiaal om niet in een moeras van morele stress te verzuipen. Het identificeren en herkennen van bronnen van, determinanten van, en copingmechanismen voor morele stress moet artsen toelaten goed hun prioriteiten te kiezen waardoor energie wordt vrijgehouden voor wat er werkelijk toe doet.
Een ander aspect wat we niet echt hebben belicht in de hoofdtekst het hoopvol licht dat ons onderzoek werpt op de thema's burn-out en jobverlating bij huisartsen. Ik geloof dat morele stresservaringen – begrepen als een cognitieve dissonantie waarbij een ethische grondbehoefte niet wordt ingewilligd - dé grondoorzaak zijn van burn-out. Nochtans is morele stress inherent aan zorg én zelfs een noodzakelijke voorwaarde om te zorgen – zorg wordt immers gemotiveerd door deze cognitieve dissonantie. Morele stress is de motor van zorg zonder welke we niet kúnnen zorgen We kunnen hiermee omgaan door zowel de "externe gebeurtenis" als "interne verwerking" ervan aan te pakken: een hoopvol perspectief, gezien we over dat laatste steeds controle hebben.

2. Reflectie Raf Coremans

Bij het kiezen van een onderwerp voor de masterpaper was het Anton die mij aansprak en overtuigde om samen te werken in het kader van morele stress. Ik had persoonlijk in het begin veel twijfels bij het kiezen van dit onderwerp omdat ik vreesde voor de moeilijke en zware literatuur over ethiek. Anton en ik hadden samen al een buitenlandse stage geneeskunde in Zuid-Amerika achter de rug, dus wisten we wel wat we aan elkaar zouden hebben als coauteurs van een paper.
De aanvankelijke kennismaking met onze promotor, professor Jan De Lepeleire, verliep zeer aangenaam. Professor De Lepeleire was erg gemotiveerd meer te weten te komen over dit weinig onderzochte onderzoeksveld bij huisartsen. Zijn anekdotes over morele stress bij huisartsen en zijn enthousiasme over het onderwerp werkten aanstekelijk voor mij. Het was professor De Lepeleire die ons iets later ook in contact bracht met Professor Yvonne Denier. Zij is verbonden aan het

Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht en heeft al heel wat ervaring binnen dit domein daar ze eerder ook al andere masterpapers begeleide over morele stress.

Beide professoren gaven ons enkele belangrijke key-referenties aan binnen de literatuur en vanaf hier gingen we verder naar andere artikels. Voor mezelf was het aanpassen aan deze literatuur. Daar waar de typische medische literatuur eerder bondig en zeer structureel wordt samengevat met kwantitatieve gegevens, is de literatuur over ethiek vaak anders opgebouwd met meer complexe zinsbouw en meer focus op kwalitatieve gegevens. Ik had de indruk dat Anton iets vlotter zijn weg vond in deze artikels. Onze literatuurstudie werd uiteindelijk een mooi en uitgebreid overzicht van de bestaande gegevens waarin ieder van ons heeft zijn deel heeft gedaan.
De volgende stap was het maken en het verspreiden van de enquête. Ik in mijn huisartsenkring en Anton in de zijne. Hoewel ik aanvankelijk vreesde voor een lage respons hierop, zijn we door inventief te werk te gaan (vele mails, verspreiden van vragenlijsten op de wachtpost) toch geslaagd in een mooie responsgraad.
Vervolgens deden Anton en ik ieder ongeveer even veel diepte-interviews met geïnteresseerde artsen. Het afnemen van die interviews was voor mezelf een enorm leerrijke ervaring. Het vereiste een moeilijk evenwicht tussen het strikt volgen van onze vooropgestelde vragen enerzijds én anderzijds het geven van ruimte aan de artsen om te vertellen over zeer persoonlijke situaties waarbij ze zich kwetsbaar opstelden. Hierdoor kregen we weer zicht op nieuwe concepten waardoor we onze interviewguide keer op keer moesten bijsturen na elk gesprek.
Bij de statistische uitwerking van de kwantitatieve gegevens nam ik de beschrijvende statistiek voor mijn rekening en Anton het grotere deel van de associatieve statistiek. Voor de uitwerking van de gegevens van het kwalitatieve luik verdiepte ik me in een handboek over kwalitatieve onderzoeksmethoden, we hadden immers geen ervaring over de opbouw van dergelijk onderzoek.
Vervolgens werkten Anton en ik ieder onze eigen afgenomen diepte-interviews uit. Nadien lazen we ook elkaars interviews om zo – na vele vergaderingen met of zonder promotoren – de meest voorname concepten over te houden. Ik schreef nadien de kwalitatieve resultaten over morele stress, terwijl Anton het deel over ethisch klimaat/morele veerkracht op zich nam.
Voor de discussie nam ik opnieuw voornamelijk het deel van morele stress in handen terwijl Anton werkte aan ethisch klimaat en morele veerkracht. Ook hier werkten we in voortdurend overleg en deden we aanpassingen in elkaars delen.

Over het algemeen denk ik dat we het werk in deze paper goed hebben verdeeld. Terwijl ik veelal trachtte overzicht en structuur te houden in de verschillende tekstdelen, was Anton sterker in het uitschrijven, uitwerken en associëren van grote inhoudelijke punten.

Voor mij persoonlijk was het schrijven van deze paper uitermate leerrijk. Niet in het minste omdat ik ingewijd werd in een nieuwe soort onderzoeksmethode: het kwalitatief onderzoek. Ik leerde dat wetenschap niet enkel wordt bepaald door cijfers en statistiek. Professor Denier heeft ons hierin zeer goed begeleid. Daarnaast was het schrijven van deze paper ook een persoonlijk groeiproces waarin ik ten eerste door het lezen van de literatuur en ten tweede door het luisteren naar andere (meer ervaren) artsen, bijleerde over situaties met een ethisch spanningsveld en moeilijkheden in praktijkorganisatie. Ze gaven mij een arsenaal aan tools om ethisch geladen omstandigheden te herkennen en in te schatten. Ik besef nu dat ik voordien in dergelijke situaties vooral voelde dat er iets niet klopte zonder werkelijk de vinger te leggen op het probleem. Omgaan met deze gevoelens vertaalde zich toen in ventileren met naasten en het uiten van mijn emoties. Een structurele aanpak had ik niet en hoop ik in de toekomst wel vaker uit te testen.

Ik denk dat deze paper belangrijk kan zijn voor collega huisartsen omdat zij door het lezen ervan hopelijk dezelfde ontwikkeling kunnen doormaken als ikzelf. Ik hoop dat het de lezer nadien ook aanzet zelf aan de slag te gaan in de eigen praktijk en dat deze paper een explorerende start mag zijn van verder onderzoek in het veld.

Dankwoord

In de eerste plaats willen we professor Jan De Lepeleire als promotor en professor Yvonne Denier als co-promotor bedanken. Ook na zijn emeritaat blijft Jan erg actief en gepassioneerd bezig met de eerste lijn. Professor Denier was ondanks haar drukke agenda steeds bereikbaar voor overleg en wijdde ons in binnen de wereld van het kwalitatief onderzoek. Ze boden ons de kans ons in een weinig bestudeerd onderwerp te verdiepen en gidsten ons op onbekend terrein door op gepaste momenten de nodige tools aan te reiken, de nodige feedback te geven en ons aan te moedigen door te zetten. We leerden onderweg veel over thema's die van groot belang zijn bij ons functioneren als arts en hopen deze kennis en inzicht verder te kunnen toepassen en delen als gediplomeerd huisarts.
Ik, Anton, wil mijn collega en vriend Raf bedanken voor zijn bereidheid om zich in dit onderwerp mee vast te bijten, me bij de les te houden en aan te zetten verder te werken. Er vond een inspirerende uitwisseling van ideeën plaats en Raf waakte over de nodige structuur in onze manier van werken, wat mijn soms chaotische werkmethode enigszins compenseerde.
Ik, Raf, wil Anton graag bedanken om me te overtuigen aan dit project mee te werken. Daar waar ik het onderwerp van deze thesis aanvankelijk onduidelijk vond, ben ik ondertussen volledig overtuigd over het enorme belang ervan in de dagelijkse praktijkvoering. Het onaangenaam gevoel dat ik voordien in moeilijke situaties gewaar werd, heeft ondertussen plaats gemaakt voor een besef van de aanwezigheid van morele stress en ethisch klimaat. Daarnaast bewonder ik Antons kunst van het geschreven woord. Hij slaagt er in om mijn complexe formuleringen en gedachten om te zetten in een duidelijk geschreven verhaal.
Ipek Guler loodste ons vlot doorheen de statistiek.
De hulp van Ann Robberechts, op administratief vlak, voelde als een briesje in de rug bij het fietsen.
We willen ook onze waardering en dankbaarheid uitspreken tegenover alle huisartsen en HAIO's die tijd en energie vrijmaakten voor deelname aan diepte-interviews en enquête.
Ten slotte wil ik, Anton, de medewerkers van Familiezorg West-Vlaanderen onder leiding van Bart Deltour bedanken voor de inspirerende stage aan het einde van de basisopleiding tot arts. Deze stage is de reden waarom ik besloot me in dit thesisonderwerp vast te bijten.

Referenties

1. Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: A scoping review. Nurs Ethics. 2019;26(2):327-45.
2. Bugaj TJ, Valentini J, Miksch A, Schwill S. Work strain and burnout risk in postgraduate trainees in general practice: an overview. Postgrad Med. 2020;132(1):7-16.
3. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract. 2018;19(1):130.
4. Zubatsky M, Pettinelli D, Salas J, Davis D. Associations Between Integrated Care Practice and Burnout Factors of Primary Care Physicians. Fam Med. 2018;50(10):770-4.
5. Edwards ST, Marino M, Balasubramanian BA, Solberg LI, Valenzuela S, Springer R, et al. Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices. J Gen Intern Med. 2018;33(12):2138-46.
6. Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1984:331.
7. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. Crit Care Med. 2007;35(2):422-9.
8. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. J Nurs Scholarsh. 2015;47(2):117-25.
9. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. Nurs Ethics. 2019;26(3):646-62.
10. Denier Y, Gastmans C, Cloet M. Zorgnet-Icuro. Ethisch Advies 21 - Morele Stress in de zorg. Brussel2019.
11. Vanlaere L, Gastmans C. Ethics in Nursing Education: Learning To Reflect On Care Practices. Nursing Ethics. 2007;14(6):758-66.
12. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs. 1993;4(4):542-51.
13. Kherbache A, Mertens E, Denier Y. Moral distress in medicine: An ethical analysis. J Health Psychol. 2021.
14. Bollen M, Pieters M-H, Denier Y. Moral distress among care providers in the residential care of elderly: a qualitative case-study. Leuven: KU Leuven; 2018.
15. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nurs Ethics. 2009;16(5):561-73.
16. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. AJOB Empir Bioeth. 2019;10(2):113-24.
17. Webster G, Baylis F, Rubin S, Zoloth L. Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine. Haggerstown: University Publishing Group. 2000:217-30.
18. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. J Health Psychol. 2017;22(1):51-67.
19. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. J Clin Ethics. 2009;20(4):330-42.
20. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs. 2001;33(2):250-6.
21. Hamric AB. Moral distress and nurse-physician relationships. Virtual Mentor. 2010;12(1):6-11.
22. Van Daele L, Van De Vijver L, Jadoul C, De La Meilleure G. Eerste hulp bij ethische stress. Tijdschrift Voor Geneeskunde. 2019;75(6):400-8.

23. Rushton CH. Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. AACN Adv Crit Care. 2016;27(1):111-9.
24. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. Am J Nurs. 2016;116(7):40-9.
25. Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. Int J Nurs Pract. 1999;5(1):8-13.
26. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nurs Ethics. 2015;22(1):64-76.
27. Dzeng E, Curtis JR. Understanding ethical climate, moral distress, and burnout: a novel tool and a conceptual framework. BMJ Qual Saf. 272018. p. 766-70.
28. Dzeng E, Wachter RM. Ethics in Conflict: Moral Distress as a Root Cause of Burnout. J Gen Intern Med. 352020. p. 409-11.
29. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, et al. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. Med Lav. 2018;109(2):97-109.
30. Dalmolin Gde L, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem EL, Silveira RS. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(1):35-42.
31. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing Physician Burnout: The Way Forward. Jama. 2017;317(9):901-2.
32. Shanafelt TD, Lightner DJ, Conley CR, Petrou SP, Richardson JW, Schroeder PJ, et al. An Organization Model to Assist Individual Physicians, Scientists, and Senior Health Care Administrators With Personal and Professional Needs. Mayo Clin Proc. 2017;92(11):1688-96.
33. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):129-46.
34. Shanafelt T, Swensen S. Leadership and Physician Burnout: Using the Annual Review to Reduce Burnout and Promote Engagement. Am J Med Qual. 2017;32(5):563-5.
35. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(10):1317-30.
36. Parsa-Parsi RW. The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. Jama. 2017;318(20):1971-2.
37. Varcoe C, Pauly B, Webster G, Storch J. Moral distress: tensions as springboards for action. HEC Forum. 2012;24(1):51-62.
38. Rushton CH, Carse A. Towards a New Narrative of Moral Distress: Realizing the Potential of Resilience. J Clin Ethics. 2016;27(3):214-8.
39. Young PD, Rushton CH. A concept analysis of moral resilience. Nurs Outlook. 2017;65(5):579-87.
40. Musto LC, Rodney PA. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. Nurs Philos. 2016;17(2):75-87.
41. Rest JR. The major components of morality. New York: John Wiley; 1984.
42. Stutzer K, Bylone M. Building Moral Resilience. Crit Care Nurse. 2018;38(1):77-89.
43. Meyers C. Institutional culture and individual behavior: creating an ethical environment. Sci Eng Ethics. 2004;10(2):269-76.
44. Victor B, Cullen J. The Organizational Bases of Ethical Work Climates. Administrative Science Quarterly. 1988;33:101-25.
45. Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. Image J Nurs Sch. 1998;30(4):345-9.
46. Grönlund CF, Söderberg A, Dahlqvist V, Andersson L, Isaksson U. Development, validity and reliability testing the Swedish Ethical Climate Questionnaire. Nurs Ethics. 2019;26(7-8):2482-93.
47. Arnaud A. Conceptualizing and Measuring Ethical Work Climate: Development and Validation of the Ethical Climate Index. Business & Society. 2010;49(2):345-58.

48. Ulrich C, Grady C. Moral Distress in the Health Professions: Springer International Publishing AG; 2018.
49. Smith KV. Ethical decision-making in nursing: implications for continuing education. J Contin Educ Nurs. 1996;27(1):42-5.
50. Newman A, Round H, Bhattacharya S, Roy A. Ethical Climates in Organizations: A Review and Research Agenda. Business Ethics Quarterly. 2017;27(4):475-512.
51. Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. Nurs Ethics. 2010;17(2):233-46.
52. Abou Hashish EA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. Nurs Ethics. 2017;24(2):151-66.
53. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. Nurs Ethics. 2019;26(2):346-56.
54. Huang CC, You CS, Tsai MT. A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors. Nurs Ethics. 2012;19(4):513-29.
55. Dinc MS, Huric A. The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia and Herzegovina. Nursing Ethics. 2017;24(8):922-35.
56. Van den Bulcke B, Metaxa V, Reyners AK, Rusinova K, Jensen HI, Malmgren J, et al. Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States. Intensive Care Med. 2020;46(1):46-56.
57. Benoit DD, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, Darmon M, et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. Intensive Care Med. 2018;44(7):1039-49.
58. Saygili M, Özer Ö, Karakaya P. Paternalistic Leadership, Ethical Climate and Performance in Health Staff. Hosp Top. 2020;98(1):26-35.
59. Suhonen R, Stolt M, Gustafsson ML, Katajisto J, Charalambous A. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. J Adv Nurs. 2014;70(6):1356-68.
60. Ulrich C, Grady C. Moral Distress in the Health Professions: Springer International Publishing AG; 2018. 171 p.
61. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005;12(4):381-90.
62. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. AJOB Primary Research. 2012;3(2):1-9.
63. Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. Nurs Econ. 2007;25(4):217-21.
64. Lützén K, Ewalds-Kvist B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. J Bioeth Inq. 2013;10(3):317-24.
65. Aydan S, Kaya S. Ethical climate as a moderator between organizational trust and whistle-blowing among nurses and secretaries. Pak J Med Sci. 2018;34(2):429-34.
66. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. Journal of Critical Care. 2016;31(1):178-82.
67. Dzeng E, Colaianni A, Roland M, Levine D, Kelly MP, Barclay S, et al. Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A Qualitative Study. Journal of General Internal Medicine. 2016;31(1):93-9.
68. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Blijde Inkomstraat 22, 3000 Leuven (België): UItgeverij Acco; 2007. 534 p.
69. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(3):360-71.

70. Malliarou M, Nikolentzos A, Papadopoulos D, Bekiari T, Sarafis P. ICU Nurse's Moral Distress as an Occupational Hazard Threatening Professional Quality of Life in the Time of Pandemic COVID 19. Mater Sociomed. 2021;33(2):88-93.
71. Michael R. Measuring the impact of nurse-led debriefing sessions on moral distress and burnout in the cardiovascular and thoracic ICU. Chapel Hill2020.
72. Boulton AJ, Yeung J, Slowther A-M, Bassford C. A multi-centre quantitative assessment of moral distress amongst intensive care unit professions in the UK. Research Square; 2021.
73. Rodriguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Veiras PB, Rodríguez MM, Estany-Gestal A, Hortas AB, et al. Moral distress among healthcare professionals working in intensive care units in Spain. Med Intensiva (Engl Ed). 2021.
74. Piscitello GM, Lamadrid VJ, Post Z, Kaur R, Gulczynski B, Baldeo R, et al. The Effect of Triggered Palliative Medicine Consults on Nurse Moral Distress in the Medical Intensive Care Unit. Am J Hosp Palliat Care. 2021:10499091211049398.
75. Fujii T, Katayama S, Miyazaki K, Nashiki H, Niitsu T, Takei T, et al. Translation and validation of the Japanese version of the measure of moral distress for healthcare professionals. Health and quality of life outcomes. 2021;19(1):120-.
76. Petrișor C, Breazu C, Doroftei M, Mărieș I, Popescu C. Association of Moral Distress with Anxiety, Depression, and an Intention to Leave among Nurses Working in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. Healthcare (Basel). 2021;9(10).
77. Beck J, Randall CL, Bassett HK, O'Hara KL, Falco CN, Sullivan EM, et al. Moral Distress in Pediatric Residents and Pediatric Hospitalists: Sources and Association With Burnout. Acad Pediatr. 2020;20(8):1198-205.
78. Bleicher J, Place A, Schoenhals S, Luppens CL, Grudziak J, Lambert LA, et al. Drivers of Moral Distress in Surgical Intensive Care Providers: A Mixed Methods Study. J Surg Res. 2021;266:292-9.
79. Bungo ME. Searching for Consensus: Shared Decision Making and Clinical Ethics.: Tennessee; 2013.
80. Mitchell B. Is a moral consensus in medical ethics possible? Journal of medical ethics. 1976;2(1):18-23.
81. Farsides B, Williams C, Alderson P. Aiming towards "moral equilibrium": health care professionals' views on working within the morally contested field of antenatal screening. J Med Ethics. 2004;30(5):505-9.
82. Choi KJ, Tak HJ, Dwyer R, Mousa P, Barreras N, Dawahir W, et al. Moral Controversy and Working with Colleagues with a Shared Ethical/Moral Outlook: A National Survey of US Primary Care Physicians. South Med J. 2019;112(8):457-61.
83. Mouffe C. Over het politieke: Klement Uitgeverij; 2008.
84. Manchola Castillo CH, Solbakk JH. Bioethics and imagination: towards a narrative bioethics committed to social action and justice. Med Humanit. 2017;43(3):166-71.
85. Ethische theorieën: Welke ethische theorieën en stromingen zijn er? : Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.; 2021 [Available from: https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/verdiepen/welke-ethische-theorieen-en-stromingen-zijn-er-1.htm.
86. Van Roy K. Experiences and difficulties within the doctor-patient relationship and the possible role of Balint groups:
A qualitative study among general practitioners: Ghent University; 2014.
87. Horder J. The first Balint group. Br J Gen Pract. 2001;51(473):1038-9.
88. Denier Y. "Is this the best I can do?" Ethical reflections on good care in a context of scarcity and limitations. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):737-40.
89. Schoenmakers B, De Lepeleire J, Aertgeerts B. Praktijkmanagement voor de huisarts. Leuven: Acco; 2014.
90. Moss-De Boer A. Huisarts en ondernemen: praktijkmanagement: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

91. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2019. Report No.: 313A.
92. Mahieu T, Miermans P-J, Albert L, Camerlinckx J, Chbaral Z, Dewallef E, et al. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Galileelaan 5/2 | 1210 Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2020.
93. Papanicolas I, Mossialos E, Gundersen A, Woskie L, Jha AK. Performance of UK National Health Service compared with other high income countries: observational study. BMJ. 2019;367:l6326.
94. Boumendil A, Devreker L, D'hanis G, Dillen K, Gaethofs D, Hoffman P, et al. Toekomst van de huisartsenkringen. Een handleiding voor de praktijk. Antwerpen: Domus Medica vzw - Kennisdomein Kringen; 2019.
95. Tronto JC. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Taylor & Francis Ltd.; 1993.
96. Tronto JC. Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice. New York - London: New York University Press; 2013.
97. Schuchter P, Heller A. The Care Dialog: the "ethics of care" approach and its importance for clinical ethics consultation. Med Health Care Philos. 2018;21(1):51-62.
98. Karssing E. De morele moed van psychiaters. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2021;63(10):707-10.
99. Rushton C, Westphal E. The 4 A's to Rise Above Moral Distress. 2004.
100. [Available from: https://www.echtt.be/.
101. Tilburt J, Geller G. Viewpoint: the importance of worldviews for medical education. Acad Med. 2007;82(8):819-22.
102. Burger W. The relation between medical education and the medical profession's world view. Med Health Care Philos. 2001;4(1):79-84.
103. Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? Evid Based Med. 2017;22(3):88-92.
104. Plagg B, Piccoliori G, Engl A, Wiedermann CJ, Mahlknecht A, Barbieri V, et al. Disaster Response in Italian Nursing Homes: A Qualitative Study during the COVID-19 Pandemic. Geriatrics (Basel). 2022;7(2).