



Faculteit Psychologie

Academiejaar 2012-2014

**De visie van de gespecialiseerde arts op psychosociale ondersteuning aan de
oncologische patiënt.**

**Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding
'psycho-oncologie' door**

Sara Plessers

Promotor: Sofie Eelen

Copromotor: Michel Schynkel

INHOUDSTAFEL

| | |
|--|-----------------|
| ABSTRACT | pagina 3 |
| INLEIDING | 4 |
| METHODE | 6 |
| Selectie van de kandidaten | 7 |
| Onderzoeksvragen | 7 |
| RESULTATEN | 9 |
| Demografische gegevens | 9 |
| Onderzoeksgegevens | 10 |
| 1.Kwantitatieve gegevens | 10 |
| 2. Gegevens uit de interviews | 17 |
| BESPREKING EN CONCLUSIE | 22 |
| Conclusies | 22 |
| Beperkingen en sterktes van het onderzoek | 24 |
| 1.Beperkingen | 24 |
| 2.Sterktes en uitdagingen voor de toekomst | 24 |
| GERAADPLEEGDE WEBSITES | 26 |
| LITERATUURLIJST | 26 |

BIJLAGE 1

Vragenlijst: De psychosociale ondersteuning van de arts/oncoloog aan de patiënt

BIJLAGE 2

Interviewvragen voor te leggen aan de arts in kader van onderzoek naar de visie van de artsen op de psychosociale ondersteuning die zij hun patiënten bieden.

ABSTRACT

In dit Delphi-onderzoek (met een kwantitatief en kwalitatief deel) bespreken wij de visie van 33 Vlaamse medische specialisten in de oncologie op de psychosociale ondersteuning van hun patiënten. Met dit verkennend onderzoek hopen wij de dialoog tussen artsen en psychosociale hulpverleners over het belang van psychosociale ondersteuning te verbeteren.

De bevraagde artsen voelen zich medeverantwoordelijk voor psychosociale ondersteuning. De mate van aandacht die de artsen aan psychosociale noden besteden varieert echter sterk van arts tot arts.

Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt dat artsen zichzelf als een basis psychosociale hulpverlener beschouwen. Het beantwoorden van medische vragen beschouwen ze als meest behorend tot hun eigen taak. De domeinen familie, relaties en sociale context beschouwen ze minder tot de hunne.

Volgens ons onderzoek kunnen artsen zich vinden in een duaal procesmodel van verliesverwerking, waar contact met en beheersen van emoties mekaar afwisselen.

Artsen vinden psychosociale ondersteuning belangrijk voor het welzijn van hun patiënten, en heeft niet noodzakelijk een medisch, curatief doel.

Over de samenwerking met de andere psychosociale disciplines is men tevreden. Het supportteam vormt een vangnet om naar door te verwijzen.

Het kwalitatieve deel van dit onderzoek legt meer organisatie- en persoonsgebonden verschillen tussen de artsen bloot. Artsen kunnen eerder zelfstandig te werk gaan in de psychosociale ondersteuning, het oncologisch supportteam aansturen of er als een gelijkwaardige partner aan deelnemen. Ze verschillen ook in de mate waarin ze terugvallen op hun support team.

De resultaten zijn bemoedigend voor verder kwalitatief onderzoek en voor de dialoog tussen artsen en psychosociale hulpverleners.

INLEIDING

In een multidisciplinair oncologische support team draagt elk teamlid bij tot het psychosociaal welbevinden van de patiënt. Hoe vullen artsen deze functie in? Op welke wijze dragen oncologen mee zorg voor het welbevinden van kankerpatiënten? Delen de artsen met de psychologen de psychologische inzichten van waaruit men in de psychosociale oncologie vertrekt?

Om tot een dialoog te komen tussen de verscheidene disciplines over de plaats van psychosociale ondersteuning, is het belangrijk om te weten vanuit welke visie op psychosociale ondersteuning de arts vertrekt. Vandaar dit verkennend onderzoek.

Wat vinden artsen zelf belangrijke aandachtspunten? Hoe definiëren zij 'welzijn' bij hun patiënten? Wanneer reageert een patiënt en zijn omgeving volgens hun arts gezond? Wat ervaren zij als problematische aanpassingsreacties? Welke psychosociale ondersteuning bieden zij hen zelf aan? Hoe zien zij de functie van zichzelf en hun collega's in het oncologisch supportteam? Vinden zij dat het bestaan van een supportteam een effect heeft op hun visie op psychosociale ondersteuning?

Psychosociale oncologie is een ruim domein, dat veel aspecten kent. Onderstaande definities uit de bestaande literatuur proberen deze veelheid aan aspecten bondig te vatten.

“Psychosociale oncologie is gedefinieerd als de discipline betreffende alle klinische en wetenschappelijke pogingen om de betekenis van psychologische en sociale factoren die de ontwikkeling en verloop van kanker te verduidelijken. Verder ontfermt ze zich over psychologische en sociale factoren van de wijze waarop de patiënt en zijn familie omgaan met de ziekte. En poogt zij die kennis toe te passen in preventie, vroege opsporing, diagnose, behandeling en in revalidatie van kankerpatiënten.” p 508 in Mehnert en Koch (2005)

“Psychosociale zorg bij kanker adresseert distress, dat gedefinieerd wordt als een onprettige emotionele ervaring van psychische, sociale of spirituele aard, die kan belemmeren effectief om te gaan – to cope – met kanker, de fysieke symptomen en de behandeling”. (NCCN Guidelines Distress Management)

Kanker hebben wordt beschouwd als een ernstig verlies van fysieke, emotionele, sociale en relationele mogelijkheden (de Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman 2001, 2009). Artsen zullen, net als de overige leden van een oncologisch supportteam, bezorgd zijn om de impact van dit verlies op het welzijn van hun patiënt. In dit onderzoek willen we peilen naar de mate waarin artsen zich verantwoordelijk voelen voor de zorg voor deze verliesdomeinen.

Razavi, Merckaert en Libert (2005) stelt in zijn 'Nationaal onderzoek naar de psychosociale noden van kankerpatiënten, hoe de ondersteuning nu georganiseerd is en aanbevelingen voor de toekomst', vast dat artsen moeilijk kunnen inschatten welke van hun patiënten emotionele en psychosociale noden hebben en dat ze dit systematisch onderschatten. Söllner et al. (2001) stelt in zijn onderzoek vast dat slechts 11 van de 30 patiënten die hoog scoren op distress door hun arts worden ontdekt. Omdat we in dit onderzoek geen vergelijking kunnen maken tussen de inschatting van artsen, en de reële nood van hun patiënten, vragen we de artsen naar het percentage patiënten dat van hen extra aandacht krijgt op psychosociaal vlak.

Volgens een overzichtsartikel van Newell, Sanson-Fisher en Savolainen (2002) zouden psychologische interventies mogelijks een effect hebben op de kennis over de ziekte en de behandelingen, verbetering van het emotionele aanpassingsvermogen, van de levenskwaliteit, van de manieren van aanpassen op de situatie, verbetering van de fysieke gezondheid, verbetering van de tevredenheid ten opzichte van de zorgen, vermindering van de symptomen verbonden aan de behandelingen en de ziekte, verhoging van de therapietrouw, en verlenging van de levensduur of van de periode van remissie. Maar het is moeilijk te objectiveren welke effecten psychologische interventies werkelijk hebben. In dit onderzoek peilen we naar de mening van de arts hierover.

Psychologen beschouwen een verwerkingsproces als dubbel sporend systeem (Maes, 2008, Stroebe en Schut, 1999 en 2002), waarbij emotioneel herbeleven en cognitief beheersen evenwaardige aspecten zijn. De aan- of afwezigheid van emotionele uitingen wordt daarbij niet als uitsluitend goede of slechte tekenen van verwerking beschouwd. Een gezond evenwicht tussen emoties doorleven en afleiding zoeken typeert een gezond verwerkingsproces. De Valck et al. (2001) en De Valck (2003) stelt vast dat artsen ingaan op emotionele uitingen moeilijk en stresserend vinden. Maar dat hoeft niet te betekenen dat ze emotionele uitingen negatieve signalen vinden. In hoeverre kunnen artsen zich vinden in een duale procestheorie?

Volgens onderzoeken van Detmar et al. (2000) en Fagerlind et al. (2008) gaan medisch specialisten in de oncologie in eerste instantie in op medische aspecten van het welzijn van hun patiënten. In het onderzoek van Detmar et al. blijkt dat 4 van de 10 bevroegde oncologen vinden dat het bespreken van psychosociale thema's een gedeelde verantwoordelijkheid is tussen arts en patiënt. Alle artsen geven aan het initiatief voor het bespreken van dat soort thema's overlaten aan hun patiënten. Uit het zelfde onderzoek blijkt echter dat patiënten meestal liever het initiatief daartoe overlaten aan hun arts. Ook het onderzoek van Fagerlind et al. beschrijft hoe artsen nauwelijks tijd besteden aan psychosociale thema's. Betekent dit dat artsen dit soort thema's in hun gesprekken met patiënten

minder belangrijk vinden? Volgens Razavi et al. (2005) zijn patiënten wel tevreden over de hulp die de gespecialiseerde arts biedt op vlak van fysieke moeilijkheden, maar ook over zijn hulp bij het omgaan met psychosociale moeilijkheden, zoals de bezorgdheid over de ziekte en psychologische nood. We peilen in dit onderzoek naar het belang dat artsen hechten aan het zelf doen van psychosociale interventies.

Welke positie neemt de arts in, als lid van het supportteam? Leden (verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en psychologen) van het supportteam geven aan dat de organisatie van de psychosociale zorg en de samenwerking met artsen beter kan (Razavi et al. 2005; Rommel, 2009; Verachtert 2012). Ward Rommel (2009) tekent in zijn onderzoeksrapport voor de Vlaamse Liga tegen Kanker volgende uitspraak van een psycholoog op: “Sommige artsen hebben enkel aandacht voor het medische en kijken niet naar het psychosociale” p. 17. De aanwezigheid van psychosociale disciplines zou de aandacht van artsen voor psychosociale aspecten van de behandeling kunnen aanscherpen.

Het ruime domein van psychosociale ondersteuning, en de vele aspecten die het concept ‘visie’ volgens ons in zich draagt, noopt ons ertoe ons onderzoek op te splitsen in meerdere onderzoeksvragen (zie pagina 6).

METHODE

In dit kwalitatief onderzoek werd gekozen voor een aangepaste vorm van de Delphi-methode (Baarda, de Goede en Theunissen, 2009). In een gestructureerde online enquête werd gepeild naar de visie van artsen op de wijze waarop zij hun patiënten psychosociaal ondersteunen, en naar hun plaats in het oncologisch support team. Vervolgens werden de voornaamste conclusies van dit onderzoek voorgelegd aan de artsen en werd hierop dieper ingegaan in een gestructureerd telefonisch interview. De artsen die de enquête invulden kregen als laatste vraag: “Bent u bereid om tijdens een telefonisch interview dieper in te gaan op bovenstaande vragen?” Omdat het interview de bedoeling had de resultaten van de enquête te verduidelijken, werden de vragen pas opgesteld na de analyse van de kwantitatieve gegevens.

We kozen voor deze aanpak om een maximum aan respondenten te bereiken, in zo weinig mogelijk tijd. Met een gestructureerde en gemakkelijk te kwantificeren enquête hoopten we snel zicht te krijgen op de visie van artsen op psychosociale ondersteuning van hun patiënten.

Selectie van de kandidaten.

Het contacteren van de onderzoeksgroep werd ondersteund door het Cédric Hèle Instituut. Inclusiecriteria waren: werkzaam zijn als oncologisch medisch specialist in één van de Vlaamse ziekenhuizen.

Een bestaande lijst met e-mailadressen van specialisten in de oncologie van het Cédric Hèle Instituut werd aangevuld met e-mailadressen van oncologische artsen, werkzaam in één van de Vlaamse ziekenhuizen. Finaal werd deze lijst nog verder aangevuld met adressen, gekend bij het Cédric Hèle Instituut, maar die nog niet voorkwamen op de oorspronkelijke lijst.

Van de 198 nieuwsbrieven met een link naar de enquête, bleken er 15 naar een onbestaand mailadres te zijn gestuurd. 9 artsen werden dubbel aangeschreven, één mail ging niet naar een arts. Van de uiteindelijk 173 aangeschreven artsen vulden 25 de enquête in. Een maand later volgde een herinnering, waarop nog eens 8 antwoorden volgden. Daarmee behaalden we een responspercentage van 19 procent.

Van de uiteindelijk 33 respondenten, gaven 16 artsen aan open te staan voor een telefonisch interview. Van deze groep bleken 5 artsen onbereikbaar: twee artsen gaven geen telefoonnummer op, één arts zei eigenlijk overbevraagd te zijn, één telefoonnummer klopte niet, en één arts was, ondanks meerdere pogingen, onbereikbaar. Zo konden we uiteindelijk slechts 11 artsen interviewen.

Onderzoeksvragen.

De vraag naar een visie op psychosociale ondersteuning hebben we onderverdeeld in een aantal aspecten: (1) verantwoordelijkheid voor, (2) aandacht voor en doel (3) van psychosociale ondersteuning, kennis (4) van psychologische verwerkingsprocessen, gebruik van psychosociale interventies (5) en samenwerking met en de invloed van het supportteam (6). We maken op basis van deze aspecten een onderverdeling in 6 onderzoeksvragen:

- (1) Voor de ondersteuning bij welke verlieservaringen (cfr. de Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman 2001, 2009) voelen artsen zich verantwoordelijk? Delen of delegeren ze verantwoordelijkheden? Voelen artsen zich voor elk van deze deelaspecten van verlies even verantwoordelijk, of maken ze voor zichzelf een rangorde? In ons onderzoek verdeelden we de deelaspecten in 2 medische aspecten en 3 aspecten van zorg voor kwetsbaarheid op psychosociaal vlak. De medische aspecten waren 'slaagkans van behandeling' en het

‘verminderen van de fysieke gevolgen van de behandeling’. De psychosociale zorgaspecten zorg waren: de ‘opvang voor de psychologische gevolgen’, ‘zorg voor de sociale impact’ en ‘opvang van de familiale en relationele gevolgen van de ziekte’.

- (2) Natuurlijk kunnen wij in dit onderzoek geen vergelijking maken met de gevraagde aandacht voor psychosociale noden die de patiënten (cfr. Razavi et al. 2005) zelf aangeven. Toch kan het betekenisvol zijn om te kijken of de bevraagde artsen onderling erg verschillen in het aangeven van een cijfer, dat het percentage gegeven aandacht uitdrukt.
- (3) Welke doelen stellen de artsen zich bij de ondersteuning die zij hun patiënten bieden? Vindt een arts psychologische ondersteuning vooral belangrijk als middel om het effect van zijn behandeling te versterken (kansen op genezing, therapietrouw, aanpassen medicatie) of hecht hij minstens evenveel belang aan het psychisch welzijn van zijn patiënt en een bevredigende onderlinge werkrelatie?
- (4) Waarop leggen artsen de meeste nadruk als zij het hebben over het verwerkingsproces bij kanker: op cognitieve controle en het beheersen van emoties, en/of hebben zij oog voor het procesmatige van een verwerkingsproces, waar het uiten van emoties een duidelijke functie heeft (cfr. Maes, 2008 en Stroebe en Schut, 1999 en 2002)?

Als rationele wijzen van reageren beschouwen wij in de enquête: ‘rationeel blijven en kunnen relativeren’, ‘optimistisch blijven en strijdlust tonen’, ‘niet stilstaan bij emoties die de diagnose oproept’ en ‘vragen stellen naar prognose en effecten van de behandeling’. Meer emotionele reacties opgenomen in de enquête zijn: ‘huilen’, ‘angstig worden’, ‘ontkenning van diagnose en prognose’, ‘wel stilstaan bij emoties die de diagnose oproept’ en ‘boos of eisend reageren op artsen en verpleegkundigen’.

- (5) Welke psychosociale interventies biedt de arts het meest aan, welke minder? Welke vormen van ondersteuning moet volgens hem het oncologisch support team aanbieden? In ons onderzoek geven de artsen per mogelijke interventie aan hoe belangrijk zij die interventie vinden om zelf te doen, dan wel door het oncologisch support team. We delen de interventies als volgt in: ‘luisteren’, ‘vragen beantwoorden’, ‘aanmoedigen over emoties te praten’, ‘emotieregulatie’, ‘helpen zoeken naar manieren om zich aan te passen aan een gewijzigd levensperspectief’, ‘ondersteunen van herintegratie’, ‘patiëntgericht informeren over het ziekteproces en de te verwachten nevenverschijnselen’, ‘opbouwen van een goede werkrelatie door persoonlijke interesse te tonen in de patiënt’, ‘ondersteunen van de familie’ en ten slotte ‘doorverwijzen naar andere leden van het oncologisch supportteam’. We baseren ons voor deze indeling op literatuurgegevens uit het handboek ‘Psychologische patiëntenzorg in de oncologie’ van de Haes et al. (2009) en de ‘Studie over de behoeften en

organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten' van Razavi et al. (2005).

- (6) Hoe ervaart de arts de samenwerking met het supportteam? En hoeveel effect heeft, volgens de arts, het bestaan van een dergelijk team op de manier waarop de arts zijn patiënten zelf psychosociaal ondersteunt?

RESULTATEN

Demografische gegevens

Aan de bevraging namen 33 artsen deel gespecialiseerd in de oncologie, waarvan 21 mannen en 12 vrouwen. Er deden 20 medisch oncologen mee aan het onderzoek, 5 radiotherapeuten en 8 hadden een ander specialisme dat ze niet nader omschreven. De meeste artsen studeerden af aan de Katholieke Universiteit van Leuven (14), uit de Universiteit van Antwerpen komen 8 artsen, uit de Vrije Universiteit van Brussel en de Universiteit van Gent telkens 4. 3 artsen studeerden af aan een buitenlandse universiteit.

De gemiddelde leeftijd van de artsen was 49 jaar, de jongste was 36 jaar en de oudste 63.

28 artsen werkten in een algemeen ziekenhuis, 5 in een universitair.

27 artsen doen aan wetenschappelijk onderzoek.

Ze werken gemiddeld 88 procent van hun werktijd in de oncologie, met 30 procent als de minste werktijd in de oncologie, en het meeste 140 procent. Omgerekend naar werkweek van 40 uur gaat het om een gemiddelde van 35u, een minimum van 12 uur en een maximum van 56 uur per week. Het gemiddeld aantal jaren ervaring in de oncologie van de artsen was 18 jaar, met als 5 jaar als minste en 36 jaar als meeste jaren ervaring.

17 van de 33 artsen in dit onderzoek volgden een bijkomende opleiding in de psycho-oncologie, vooral opleidingen in de palliatieve zorg en in de communicatie. 9 artsen volgden een opleidingen in de palliatieve zorg. Nog eens 10 artsen hebben een communicatieopleiding gevolgd, waarvan 6 vermelden deze te hebben gevolgd aan het Cédric Hèle Instituut. 2 artsen gaven aan een opleiding te hebben gevolgd aan het Cédric Hèle Instituut, maar omschreven die niet nader. 3 artsen volgden zowel een opleiding in de palliatieve zorg als in de communicatie. 1 arts volgde een opleiding in de psychotherapie.

Onderzoeksgegevens

1. Kwantitatieve gegevens

(1) Delen of delegeren de artsen verantwoordelijkheden? Voelen de artsen zich voor elk van de deelaspecten van verlies even verantwoordelijk, of maken ze voor zichzelf een rangorde?

In het algemeen voelen de bevroegde artsen zich, in respectievelijke volgorde, het meest verantwoordelijk (mean groter dan 1) voor het verminderen van de fysieke gevolgen van de behandeling, de slaagkans van de behandeling en de psychologische gevolgen (tabel 1). In mindere mate (mean kleiner dan 1) de sociale impact van de ziekte en de opvang van de familiale en relationele gevolgen van de ziekte.

Tabel 1: Verdeling van de verantwoordelijkheden.

| verantwoordelijkheden | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------|----|--------|----------------|-----------------|
| slagkans | 33 | 1,2727 | ,57406 | ,09993 |
| fysieke gevolgen | 33 | 1,3333 | ,59512 | ,10360 |
| psychologische | 33 | 1,0909 | ,29194 | ,05082 |
| sociale | 33 | ,7879 | ,41515 | ,07227 |
| familiale | 33 | ,8485 | ,36411 | ,06338 |

De antwoordcategorieën waren:

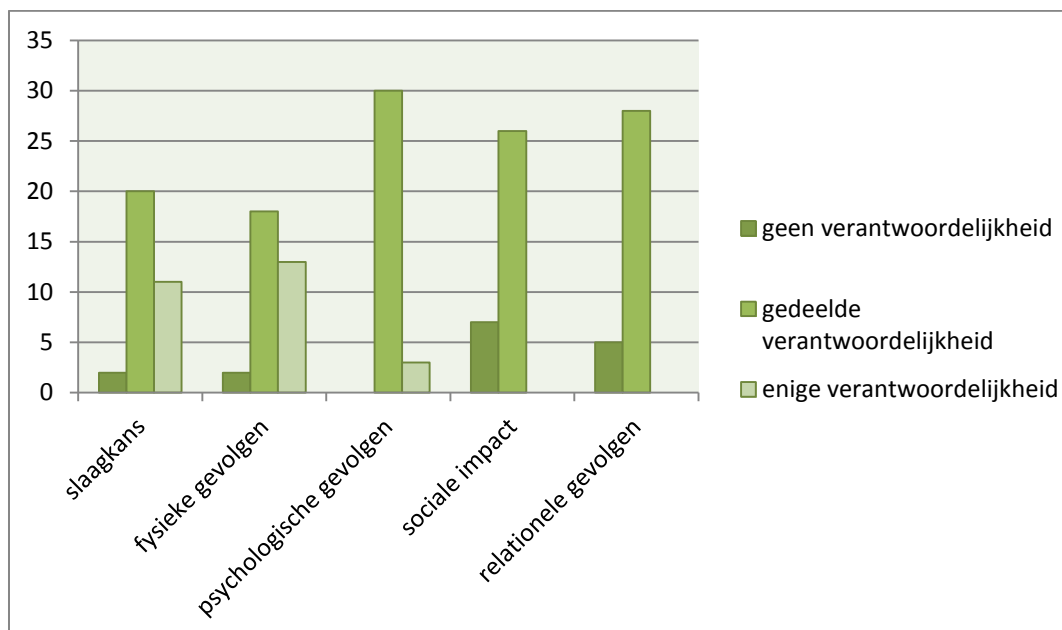
0 = beschouw ik niet als mijn verantwoordelijkheid

1 = deze verantwoordelijkheid deel ik met andere collega's uit het multidisciplinaire team

2 = dit beschouw ik als mijn hoofdverantwoordelijkheid

In figuur 1 zien we de hoeveel artsen verantwoordelijkheid alleen opnemen, delen of op niet opnemen volgens domein. De meeste artsen delen al hun verantwoordelijkheden. Op het fysieke vlak spreekt het voor zich dat de artsen hun verantwoordelijkheid minder zullen delen. Wat wel opvalt is dat ook 3 artsen zichzelf beschouwen als de enige verantwoordelijken voor de psychologische gevolgen. Deze laatste artsen behoorden helaas niet tot diegenen die een interview wisten, waardoor we de precieze reden hiervoor niet konden bevragen. Het blijkt dat ze de domeinen familie, relaties en sociale context minder tot de hunne beschouwen. Deze domeinen worden voornamelijk gedeeld met andere collega's en nooit beschouwd als hun enige verantwoordelijkheid.

De artsen die een bijkomende opleiding volgden in de psychosociale zorg verdelen hun verantwoordelijkheden op dezelfde manier als de artsen die geen opleiding volgden.



Figuur 1: In welke mate achten artsen zich verantwoordelijk voor de slaagkans en het verminderen van de fysieke gevolgen van de behandeling, de opvang van de psychologische gevolgen, de zorg voor de sociale impact en de opvang van de familiale en relationele gevolgen van de ziekte?

(2) Hoeveel procent van hun patiënten krijgen van hun arts tijdens de consultaties en op overleg momenten specifieke aandacht voor psychosociale zorgen? We onderzoeken hier ook twee bijkomende verbanden. Voelen artsen die meer patiënten aandacht geven zich ook meer verantwoordelijk voor psychosociale ondersteuning? Geven artsen die een extra opleiding volgden in de psychosociale ondersteuning aandacht aan meer patiënten, dan de artsen die zo een opleiding niet kregen?

De bevroegde artsen besteden in zeer wisselende mate aandacht aan hun patiënten op psychosociaal vlak. Tussen de 5 tot 80 procent van alle patiënten krijgt extra aandacht tijdens consultaties omwille van psychosociale vragen en tussen 5 tot 60 procent van de patiënten omwille van overleg in verband met psychosociale aspecten. Ook bij de artsen die een interview wensten zien we een gelijkaardige spreiding. We vonden nergens significante (varieert van 0,323-0,976 > 0,05) correlaties tussen de mate van aandacht en de mate van verantwoordelijkheid voor één van de aspecten van de behandeling. Spearman's rho wordt niet groter dan 0,21.

We vinden ook geen non parametrische correlatie (tabel 2) tussen het al dan niet volgen van een psychosociale opleiding en het percentage patiënten dat omwille van psychosociale aspecten aandacht krijgt tijdens consultatie of tijdens overleg. We vinden hier wel een significante correlatie tussen mate van aandacht tijdens consult en tijdens overleg.

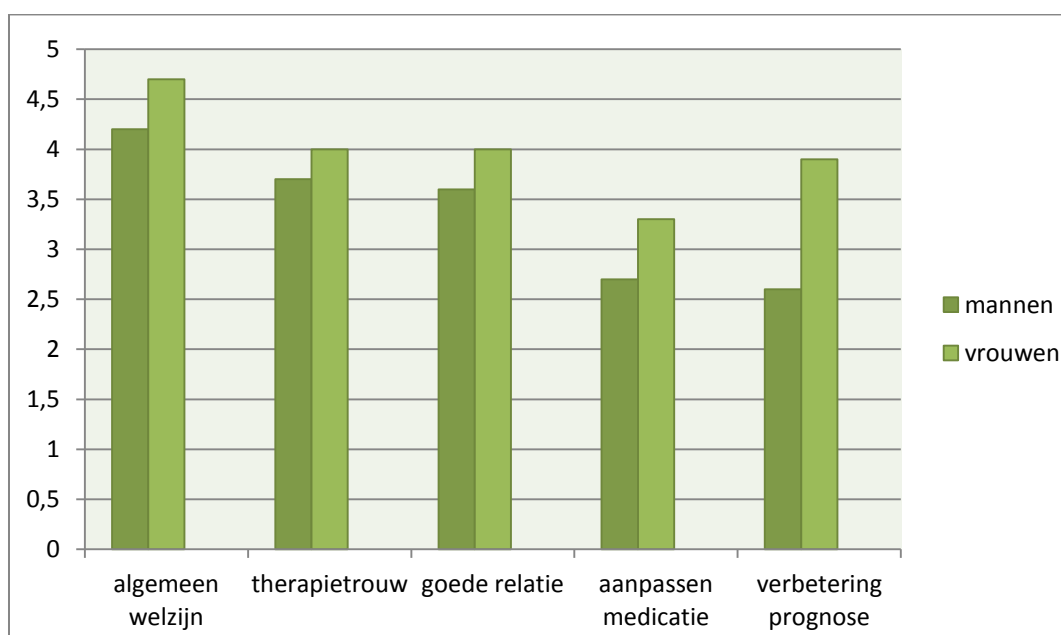
Tabel 2: Correlaties tussen het volgen van een opleiding en mate van aandacht

| | | | opleiding | aandacht | overleg |
|----------------|-----------|-------------------------|-----------|----------|---------|
| Spearman's rho | opleiding | Correlation Coefficient | 1,000 | -,019 | -,032 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,915 | ,859 |
| | | N | 33 | 33 | 33 |
| | aandacht | Correlation Coefficient | -,019 | 1,000 | ,538** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,915 | . | ,001 |
| | | N | 33 | 33 | 33 |
| | overleg | Correlation Coefficient | -,032 | ,538** | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,859 | ,001 | . |
| | | N | 33 | 33 | 33 |

** . Correlatie is significant op het 0.01 niveau

Bij de 11 geïnterviewde artsen varieert de geboden aandacht voor psychosociale aspecten ook sterk. Tussen 10 en 75 procent van de patiënten krijgen daarvoor extra aandacht.

(3) Welke doelen stellen artsen zich bij het bieden van psychosociale ondersteuning? Hechten ze meer belang aan ondersteuning die gelinkt is aan medische aspecten? Hoe belangrijk vinden ze het verbeteren van psychosociaal welzijn van hun patiënten?



Figuur 2: Gemiddelde scores op mate van belangrijkheid van doelen van psychosociale ondersteuning. De antwoordmogelijkheden waren: 1 = niet belangrijk, 2 = weinig belangrijk, 3 = redelijk belangrijk, 4 = belangrijk, 5 = meest belangrijk

Omdat deze data niet normaal zijn verdeeld, bespreken we hier enkel de nonparametrische analyse volgens de Friedman Anova (tabel 3). Bovenstaande figuur 2 geeft een beeld van de gemiddelde scores voor mannelijke en vrouwelijke artsen.

Het verhogen van het algemeen welzijn van de patiënt doorheen zijn ziekteproces is het belangrijkste doel van de artsen, als zij patiënten psychosociale ondersteuning bieden. Het aanpassen van medicatie vinden ze het minst belangrijke doel van psychosociale ondersteuning. De meer op de medische behandeling gerichte effecten (verbetering van de prognose/kansen op genezing, installeren en behouden van therapietrouw, en helpend bij de indicatiestelling tot aanpassen medicatie) minder belangrijk dan de meer op psychisch welzijn (verhogen van het algemeen welzijn doorheen zijn ziekteproces en bevredigende arts-patiënt relatie) gerichte ondersteuning. De verschillen zijn statistisch significant (<0.05).

De artsen die een bijkomende opleiding in de psychosociale zorg volgden maken dezelfde volgorde van doelstellingen.

Tabel 3 Rangorde van belang van nagestreefde effecten

| nagestreefde effecten | rangordening |
|--|--------------|
| 1. verhoogt het algemeen welzijn | 4,33 |
| 2. Installeren en behouden van therapietrouw | 3,30 |
| 3. draagt bij tot goede relatie met patiënt | 3,17 |
| 4. verbetering prognose/ kansen op genezing | 2,24 |
| 5. helpt bij indicatiestelling aanpassen medicatie | 1,95 |

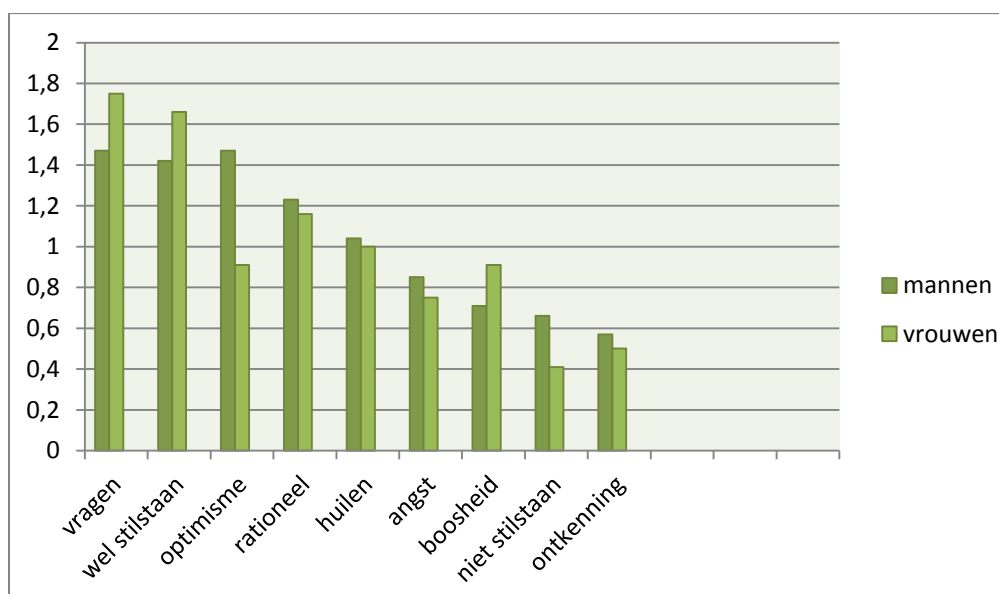
(4) Welke ideeën hebben artsen over copingstrategieën van hun patiënten? Vinden zij bepaalde uitingsvormen van emotionele verwerking beter dan andere?

Volgens Friedman's ANOVA (tabel 4) zijn 'ontkenning van diagnose en prognose' en het 'niet stilstaan bij emoties' de minste goede vormen van emotionele aanpassing, 'angst' en 'boosheid' eveneens. 'Vragen stellen naar prognose en effecten van de behandeling' en 'stil staan bij emoties' en scoren het hoogste. 'Rationeel blijven', maar ook 'huilen' en 'optimisme' scoren nog behoorlijk. De verschillen in rangordening waren significant (asympt. sign. = 0.000).

Tabel 4 Rangorde van copingstrategieën volgens 'emotionele gezondheid'.

| soort reactie | rangordening |
|--|--------------|
| 1. vragen stellen | 6,88 |
| 2. wel stilstaan bij emoties | 6,67 |
| 3. optimisme | 5,83 |
| 4. rationeel blijven | 5,58 |
| 5. huilen | 4,95 |
| 6. angst | 4,20 |
| 7. boosheid op arts of verpleegkundige | 4,18 |
| 8. niet stilstaan bij emoties | 3,41 |
| 9. ontkenning van diagnose/prognose | 3,30 |

Onderstaande figuur 3 geeft visueel beter weer hoe de antwoorden verdeeld werden.



Figuur 3: Gemiddelde scores op mate van gezondheid van copingstrategieën. De antwoordmogelijkheden waren: 0 = altijd een teken van slechte emotionele aanpassing, 1= afhankelijk van duur en intensiteit kan dit een goed of slecht teken zijn, 2 = altijd een teken van een goede emotionele aanpassing

Optimisme is voor mannelijke artsen belangrijker dan voor vrouwelijke artsen, en dit op een statistisch significant niveau ($t < 0.05$)

De artsen die een extra opleiding in de psychosociale zorg volgden hebben precies dezelfde mening over de mate van gezondheid van copingstrategieën van hun patiënten.

(5) Welke interventievormen gebruiken de artsen? Welke interventievormen vinden zij dat het oncologisch supportteam (OST) meer voor hun rekening moet nemen?

Gemiddeld genomen vinden artsen alle psychosociale interventievormen, die wij hen voorlegden, zo wel door zichzelf gedaan, als voor het supportteam redelijk belangrijk tot belangrijk.

Volgens de nonparametrische Friedmans ANOVA Test (tabel 5) beschouwen artsen 'beantwoorden van vragen' en 'patiëntgericht informeren over het ziekteproces en nevenverschijnselen' meer tot hun eigen taak. 'Gevoelens bespreekbaar maken' en 'emotieregulatie' vinden artsen eerder redelijk belangrijk, ze vinden het belangrijker dat het supportteam dit op zich neemt. Ook het 'ondersteunen van familie' lijken ze meer iets voor het supportteam te vinden.

Het 'stimuleren van een gezonde levensstijl' lijkt hen voor alle disciplines iets minder relevant (3= redelijk belangrijk). 'Luisteren' scoort volgens artsen voor alle disciplines hoog.

De verschillen in rangordening per categorie (arts of voor OST) zijn statistisch significant (asympt. sign. = 0.000).

Tabel 5 Volgorde van belang van psychosociale interventievormen voor arts en OST, volgens de artsen

| interventies | arts | voor OST |
|---|------|----------|
| luisteren | 7,77 | 8,17 |
| patiëntgericht informeren over het ziekteproces | 8,35 | 4,02 |
| beantwoorden van vragen van de patiënt | 7,86 | 6,23 |
| opbouwen van een goede werkrelatie door persoonlijke interesse te tonen | 6,86 | 6,06 |
| doorverwijs naar (andere) leden van het OST | 6,61 | 6,21 |
| helpen bij aanpassen aan gewijzigd levensperspectief | 5,39 | 4,08 |
| ondersteunen van herintegratie | 5,18 | 5,94 |
| gevoelens bespreekbaar maken | 4,83 | 7,17 |
| ondersteunen van familie | 4,92 | 6,50 |
| emotieregulatie: angstreductie, boosheid laten ventileren | 4,70 | 7,56 |
| stimuleren van een gezondere levensstijl | 3,52 | 4,08 |

De antwoordcategorieën per interventievorm zijn: 1 = niet belangrijk, 2 = weinig belangrijk, 3 = redelijk belangrijk, 4 = belangrijk, 5 = meest belangrijk

Volgens de non parametrische Spearman correlatiecoëfficiënt (r_s) zien we een hoge significante (< 0.01) correlatie van .654 tussen het belang van het stimuleren van een gezonde levensstijl voor de artsen en voor het supportteam. Dit bevestigt de vaststelling dat artsen deze interventie weinig relevant vinden in de psychosociale ondersteuning. We zien ook een hoge correlatie van .688 tussen

het belang van doorverwijzen naar iemand van het supportteam en het belang van het onderling doorverwijzen in het supportteam, volgens de artsen (sign. = .00 < .01).

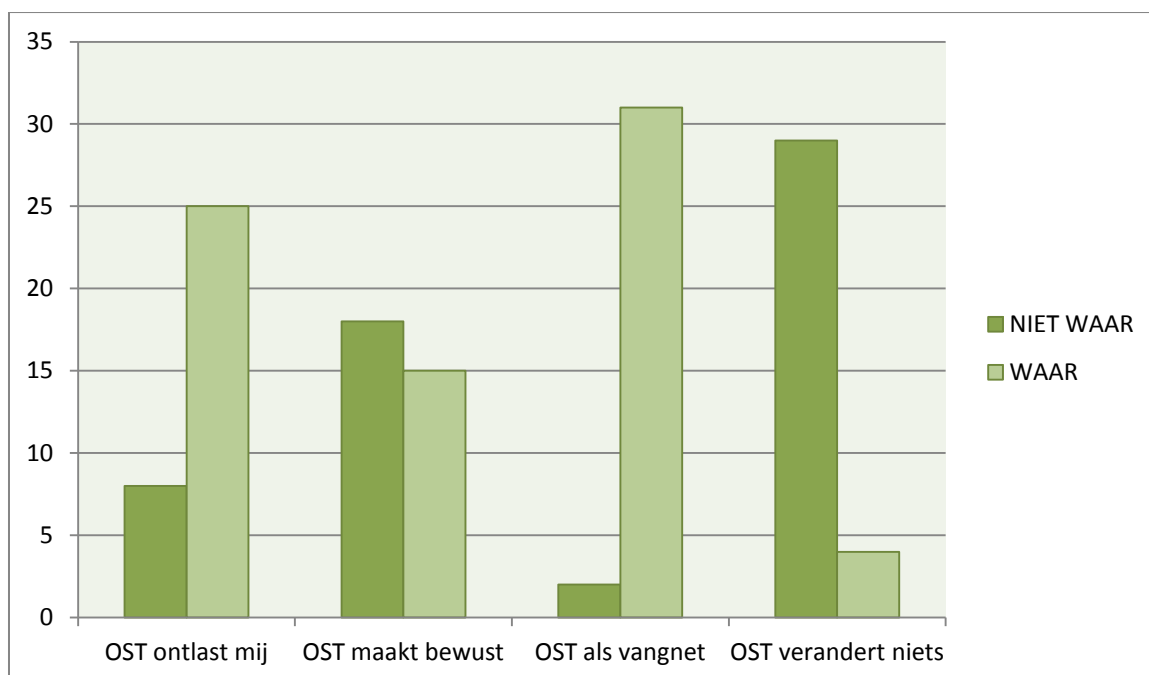
Ondanks de hoge ranking van 'luisteren' voor beide categorieën, vinden we maar een matige, maar significante correlaties tussen: het belang van luisteren voor de artsen en het belang van luisteren voor het supportteam volgens die artsen ($r_s = .412$, sign = .017 < .05).

Zoals te verwachten zijn de interventievormen die de artsen voor zichzelf het meest belangrijk vinden, namelijk 'vragen beantwoorden' en 'patiëntgericht informeren over de ziekte' zijn slechts zeer laag gecorreleerd met het belang hiervan voor het supportteam. Ze halen respectievelijk een Spearman's rho van .366 (sign. = .03 < .05) en .237 (sign. = .183 > .05).

Bij de interventievormen die de artsen belangrijker vinden voor het supportteam zien we dat deze nauwelijks tot niet gecorreleerd zijn. 'Bespreekbaar maken van gevoelens' behaalt slecht een correlatie van .069 sign = .703 > .5), 'emotieregulatie' is negatief gecorreleerd ($r_s = -.165$, sign = .360 > .05). 'Ondersteunen van familie' ($r_s = .374$, sign = .03 < .05) is matig gecorreleerd.

De artsen die een bijkomende opleiding in de psychosociale zorg volgden maken dezelfde rangorde van interventies volgens belangrijkheid, zowel voor de interventies die ze voor zichzelf belangrijk vinden, als de interventies die ze vinden dat het supportteam moet doen.

(6) Welke betekenis heeft de samenwerking met het supportteam voor de artsen?



Figuur 4: Hoeveel artsen vinden dat het OST hen ontlast van een aantal psychosociale taken, hen meer bewust maakt van een aantal psychosociale taken die ze zelf hebben en een vangnet vormt waarnaar ze kunnen doorverwijzen? Hoeveel artsen vinden dat het OST hun manier van psychosociaal ondersteunen NIET heeft veranderd?

Artsen beschouwen het supportteam vooral als een vangnet waarnaar ze kunnen doorverwijzen en ontlast hen van een aantal psychosociale taken. De artsen zijn verdeeld over de vraag of het supportteam hen bewust maakt van de verscheidenheid aan taken die zij hebben in de psychosociale ondersteuning. Maar: weinig (slechts 4) vinden dat de komst van het supportteam niets aan hun manier van psychosociaal ondersteunen heeft veranderd. (figuur 4)

De tevredenheid over de samenwerking met het supportteam ligt met een gemiddelde van 8,21 op 10 vrij hoog. Zij varieert tussen een minimum van 6 en een maximum van 10 op 10.

We zien in een visuele analyse van de ruwe data nauwelijks verschillen tussen de artsen die wel of geen extra opleiding psychosociale ondersteuning hebben gevolgd, in hoe zij de samenwerking met het supportteam ervaren.

2. Gegevens uit de interviews.

Hieronder bespreken bij de interviewgegevens van 11 geïnterviewde artsen. Waar het zinvol is geven we het identificatienummer van de arts. Om de anonimiteit van de geïnterviewde artsen te waarborgen geven we geen persoonlijke informatie mee, zoals het soort ziekenhuis waar iemand werkt, de jaren ervaring en dergelijke.

In de interviews bevroegen we de artsen ten eerste over hun ideeën over hun verantwoordelijkheid (onderzoeksvraag 1) in de psychosociale ondersteuning en over de interventies (onderzoeksvraag 5) die zij doen. Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek, menen wij te mogen opmaken dat artsen zichzelf als basis psychosociale hulpverleners (De Haes, 2001, 2009, Fitch, Porter en Page, 2008) zien, en dat de meeste typische interventies ook voor hen van belang zijn. Alle geïnterviewde artsen bevestigen dit. Op de eerste plaats komt voor de artsen toch het goed informeren over de ziekte en de behandeling. Hun rol als vertrouwenspersoon wordt als zeer belangrijk ervaren. Eén arts (30) stelt haar persoonlijke taak in de psychosociale zorg als volgt voor: “Ik moet in de eerste plaats mijn patiënt leren kennen, en mijn zorg aanpassen aan de aard van mijn patiënt. Ik moet hem zijn eigen weg laten afleggen, hem in zijn zijn respecteren.” Luisteren naar de patiënt, diens gevoelens beluisteren, in het kader van inschatten welke aanpak voor iemand haalbaar is, is een belangrijk startpunt in de vertrouwensrelatie die zich moet opbouwen. Het goed inschatten van de patiënt in zijn thuissituatie en sociale context, behoort ook tot de basis van de psychosociale hulpverlening (artsen 9, 13, 27). Arts 13 stelt dat emotionele moeilijkheden tijdens de behandeling van kanker vaak samenhangen met andere problemen in de context van de patiënt. De arts detecteert de noden,

geeft de eerste aanzet tot psychosociale ondersteuning, die dan door het supportteam verder wordt uitgediept (artsen 9, 12, 13). Arts 15 ziet zichzelf als een coach van zijn supportteam: hij houdt bepaalde problemen onder de aandacht en stimuleert een goed aanpak daarvan. Enkele artsen benadrukken dat de leden van het supportteam zich moeten baseren op de informatie die ze van de arts krijgen om goed te kunnen inschatten welke vormen van ondersteuning een patiënt moet krijgen (artsen 12, 15, 27). Eén arts (3) zegt dat je daar als arts dan wel de juiste antennes voor moet hebben, en laat de intake over aan de psycholoog. In bepaalde teams gaat elke hulpverlener zich onafhankelijk van de ander aan de patiënt voorstellen (artsen 3,4,24,26).

Hier bestaan blijkbaar 2 opties in de organisatie van de zorg: of wel start de psychosociale ondersteuning bij de arts en delegeert die de taken, of wel start de psychosociale ondersteuning zo goed als onafhankelijk op van de arts en gebeurt de uitwisseling van indrukken achteraf.

Uit de resultaten van de enquête blijkt ook dat familieleden meestal door het supportteam worden gezien, en dat werken aan sociale herintegratie ook minder een taak is voor de arts. We vroegen in het interview naar de redenen daarvoor. Eén reden om familieleden niet in de consultaties te betrekken is tijdsgebrek (artsen 3, 12,15,19,26,30). Een andere reden is dat artsen zelf de familieleden vaak niet te zien krijgen (arts 3, 9, 26), tenzij tijdens het eerste gesprek, en daardoor eerder een relatie opbouwen met hun patiënt. Gesprekken met familieleden zijn vaak ook moeilijk (arts 26), omdat zij niet mee zijn in de evolutie van ziekte en behandeling en daardoor vragen gaan stellen niet (meer) ter zake doen. Zeker als familieleden verschillen van copingstrategieën wordt het lastig. Slecht 3 artsen zeggen dat hun aandacht voor de familie wel belangrijk is (arts 9, 13,30), en zeker in een gemetastaseerde fase actief bij de consultaties wordt betrokken. Eén arts (27) zegt inzake omgaan met familie zich overvraagd te voelen. Patiënten en familie vertrouwen vaak te veel op de visie van de arts, terwijl die zichzelf geen expert voelt op vlak van psychosociale ondersteuning. Ook op vlak van omgaan met sociale en financiële vragen voelen artsen zich geen expert. Arts 27 wijst op nog een belangrijk aspect in de ondersteuning, waar sociale herintegratie niet meer mogelijk is, namelijk de existentiële zorg: 'Hoe help je ernstig beperkte patiënten in een palliatieve of gemetastaseerde setting zoeken naar een nog zinvolle invulling van hun leven?'

Wat betreft het belang van ondersteunende interventies bevestigden de geïnterviewde artsen grotendeels de conclusies van het kwantitatieve deel van het onderzoek. Informatie geven over de ziekte, de behandeling en de eventueel bijwerkingen vinden artsen inderdaad hun taak, zoals al uit de resultaten van de enquête bleek. Het bestrijden van symptomen wordt ook als een vorm van psychosociale ondersteuning gezien. Ze benadrukken ook het belang van correcte informatie over de ziekte in het verwerkingsproces van de patiënt (artsen 12,19, 27,30). Leren omgaan met de waarheid, niet telkens terug in de ontkenning gaan, is voor het verdere verloop van de behandeling

en de aanvaarding cruciaal. Artsen moeten hierin erg waakzaam zijn. Arts 13 beschrijft zijn voornaamste taak als volgt: 'Ik praat de patiënt doorheen zijn ziekteproces. Ik moet hem enthousiast blijven houden over de behandeling, zodat dat hij niet afhaakt'.

Het zorgen voor houvast en voorspelbaarheid is volgens enkele artsen (26,27) hun belangrijkste interventie. Eén arts (27) zegt dat echter veel collega's hier tegen zondigen, door bijvoorbeeld de belofte "Ik kom zeker vandaag nog langs!" niet na te komen.

De interventievorm 'stimuleren van een gezonde levensstijl' bleek in de enquête voor de meeste artsen minder relevant. Uit de interviews blijkt dat deze terminologie door de artsen verschillend wordt begrepen. Het is een te vage term (arts 3). Sommigen (artsen 4, 9, 26) leggen een link naar 'gezondheidsvoorlichting', wat een taak is voor de huisarts. Over de negatieve gewoonte te roken, wordt wel door iedereen gepraat. En als voedingsgewoonten een negatief effect hebben op het verdragen van de therapieën worden die ook doorgesproken en hiervoor verwezen naar de oncodiëtiste. Er is wat schroom om over gezonde levensgewoonten te beginnen, uit vrees schuldinducerend over te komen. Zeker in een palliatieve of gemetastaseerde setting (artsen 3, 4, 9, 13,15, 19,24,27) is spreken over gezondheid niet meer aan de orde. Ook de precaire sociale omstandigheden waarin iemand leeft, kunnen bepalen dat over gezondheid en levensstijl moeilijk te praten valt (arts 9). Meerdere artsen (12, 19, 27, 30) beklemtonen dat er in een curatieve setting meer aandacht moet gaan naar gezonde leefgewoonten omwille van het preventieve effect ervan op herhaal . Eén arts (30) verwijst hierbij naar een recent onderzoek van Campbell et al. (2013) dat het curatieve effect van regelmatig bewegen aantoonst. Patiënten zijn van het curatieve effect van bewegen en gezonde voeding ook meer op de hoogte (arts 12) en vragen hier ook naar. Maar blijkbaar wordt er door specialisten, supportteam en huisartsen te veel naar mekaar gekeken om dit op te pakken.

Ten tweede bekeken we met de geïnterviewde artsen welke uitingen van emoties, of welke copingstijlen zij goed of minder goed vinden (onderzoeksvraag 4). Wat betreft hun visie op copingstijlen, zagen we in de enquête dat artsen meestal emotionele uitingen afhankelijk van hun duur of intensiteit allemaal wel goede tekenen van verwerking vinden. De interviews (artsen 4, 13,15, 24, 30) bevestigen dit ook; in principe moeten alle emoties kunnen, zeker in een beginfase, als er maar een fluctuatie of een proces in zit. Eén arts (12) durft er voorzichtig een tijdspanne aan te geven: "Na een maand of twee moet een patiënt al eens lachend naar buiten kunnen stappen". Het terug opnemen van werk of hobby's is ook een belangrijk signaal. Ontkenning is echter geen goed teken van verwerking. Het bemoeilijkt het contact met de arts in een eerste fase van diagnosestelling en behandeling. Het leidt ertoe (arts 9) dat patiënten belangrijke taken uitstellen. Mordicus blijven ontkennen komt zelden voor, en moet als pathologische worden beschouwd (arts 15). Ook een

negatief signaal is dat een patiënt thuis nooit over zijn ziekte spreekt en zijn emoties nooit toont. Hier zijn familiegesprekken, geleid door een psycholoog, aangewezen (arts 15). Door ontkenning beginnen somatiseren van emoties (arts 15) is problematisch. Eén arts (27)vermeldt hoe moeilijk het is ontkenning die door de omgeving (huisarts of familieleden) wordt gevoed te doorbreken. Ook zelf de valkuil van vaagheid trappen om een angstige patiënt te sparen, ligt tijdens consultaties dikwijls op de loer. Maar men ziet meestal wel een evolutie van ontkenning naar aanvaarding. Enkele artsen (19,27) merken op dat de meeste patiënten krachtig omgaan met het slechte nieuws dat ze krijgen. Een al te stoïcijnse, oppervlakkige houding is eerder verontrustend (artsen 4,9).

Uit de analyse van de antwoorden uit de enquête bleek boosheid en angst minder aanvaard worden als goede tekens van emotionele aanpassing, afhankelijk van duur en intensiteit. Angst en boosheid moeten gezien worden als symptomen (arts 4), en er moet ingespeeld worden op gevoelens van onmacht of controleverlies door de patiënt rechtstreeks aan te spreken (arts 3). Arts 30 vindt boosheid geen probleem, zij benoemt die gevoelens en toont begrip. Als boosheid niet meer verandert, is ze moeilijk te hanteren. Zeker als boosheid samen met wantrouwen en fatalisme samengaat, zijn patiënten moeilijk te ondersteunen (arts 24). Eén arts (12) meldt dat ze nog nooit heeft meegemaakt dat haar patiënten boos werden op haar, maar haar lijkt het een positievere emotie dan angst, omdat in boosheid nog kracht en energie zit, die mogelijks om te buigen valt in een positieve kracht. Angst richt zich meer naar binnen (arts 4) en is mogelijks meer nefast. Angst zien sommige artsen niet zo vaak, maar als patiënten angstig zijn bemoeilijkt dit wel de informatieoverdracht (arts 30). Informatie geven aan een angstige patiënt is dan een tijdrovende bezigheid. Eén arts (24) zegt wel dat angstige patiënten gemakkelijk te ondersteunen zijn. Zeker als de leden van het supportteam meehelpen door geruststellende informatie te blijven herhalen.

Ten derde vroegen we in de interviews naar de eigen behoefte aan ondersteuning via opleidingsmogelijkheden of via het eigen supportteam (onderzoeksvraag 6). Bijkomende opleidingen in de psychosociale ondersteuning worden als een positieve mogelijkheid ervaren. Eén arts (26) haalde er vooral de bevestiging uit goed bezig te zijn. Oefenen in het juist blijven communiceren blijft een belangrijk aandachtspunt, zeker als het gaat om omgaan met familie (arts 12). Eén arts (30) wil graag vorming rond de copingmechanismen: wat is de theorie hierachter en hoe kan je coping ondersteunen? Eén arts (27) gaf aan dat vormingen aan verscheidene disciplines samen zou moeten worden aangeboden. Sommige artsen gaven de indruk weinig zicht te hebben op vormingsmogelijkheden (artsen 3, 4, 24). Artsen zeggen veel te leren van collega's, van patiënten en van het supportteam.

Sommige artsen uiten duidelijk een nood aan meer persoonlijke ondersteuning. Eén arts (3) stelt zeer duidelijk de vraag naar intervisiemogelijkheden voor artsen onderling. Arts 9 en 15 merken op dat

interviews onder artsen te veel focust op de patiënten, en te weinig op het functioneren van de arts, en mede daardoor weinig effect heeft. Beide artsen zeggen ongerust te zijn over een naderende burnout.

De samenwerking met het supportteam wordt doorgaans als positief ervaren. Daarmee bevestigen de meeste artsen de hoge score uit de enquête. Eén arts (30) verwoordt het zo: “Het supportteam zorgt ervoor dat ik kan blijven functioneren”. Een andere (arts 27) zegt: “In mijn eentje zou ik dit werk nooit kunnen doen”. Het feit dat er iemand van het supportteam klaar staat om een gesprek verder over te nemen (artsen 3, 13) biedt veiligheid.

Bij het supportteam kunnen ventileren na een contact met een boze patiënt is een grote steun in het kunnen blijven zorgen voor die patiënt (artsen 19,26, 27,30). Deze artsen zeggen zeker in die situatie actief het ondersteuningsteam op te zoeken, om hen te helpen die boosheid te plaatsen. Voor arts (19) is het belangrijk dat iemand anders van het supportteam moeilijke situaties kan ontmijnen. Eén arts (9) zei het inderdaad moeilijk te hebben met aanhoudende boosheid en agressie, maar hierin weinig steun te verwachten van haar supportteam.

Overleg, formeel of informeel, waar artsen kunnen ventileren, een kader krijgen voor moeilijk gedrag van patiënten of familie, maakt voor artsen een groot verschil in hoe ze zelf met hun patiënten omgaan. Aftoetsen of men wel dezelfde mening heeft over een patiëntsituatie is belangrijk.

Over de terugkoppeling van het supportteam naar de arts horen we hier en daar ook negatieve signalen. Eén arts (24) gaf aan wel vaak de bal teruggekaatst te krijgen: als zij wil verwijzen voor bijvoorbeeld depressies of een slecht algemeen welbevinden, krijgt zij de vraag terug hiervoor medicatie voor te schrijven. Deze arts voelt zich hierdoor minder geneigd door te verwijzen en de ondersteuning van die patiënten in het geheel op zich te nemen. Arts 9 zegt te weinig feedback te krijgen van het supportteam tijdens de interview. Een andere arts (12), een radiotherapeute, ervaart te weinig raakvlakken en sprak haar nood uit uitgenodigd te worden op interviews. Omwille van organisatorische redenen staat zij buiten het team en dat ervaart zij als een drempel tegenover het supportteam. Eén arts (15) volgde interview in het supportteam, maar werd hier uit geweerd, nadat bleek dat de andere leden zich in zijn aanwezigheid niet veilig voelden probleemsituaties te bespreken.

Eén arts (4) werkt in een klein team, waar er een gevoel van osmose bestaat. ‘Iedereen leert hier van mekaar, en eigenlijk is het moeilijk te zeggen wie nu van wie leert.’ Slechts enkele artsen kunnen concreet verwoorden wat ze van hun supportteam leren: open vragen stellen (arts 3), directer communiceren met de patiënt (arts 15), vragen naar het waarom als patiënten op een ontwijkende manier antwoorden (arts 9), boosheid leren plaatsen (artsen 19, 26, 27, 30).

In het algemeen zorgt het supportteam ervoor dat er meer tijd kan worden besteed aan psychosociale ondersteuning, tijd die de arts niet heeft. Het supportteam zorgt voor continuïteit van zorg (arts 15), en vormt een belangrijke back up (arts 13).

BESPREKING EN CONCLUSIE

Conclusies

De vraag naar een "visie" op psychosociale ondersteuning hebben we onderverdeeld in een aantal aspecten: (1) verantwoordelijkheid voor, (2) aandacht voor en doel (3) van psychosociale ondersteuning, kennis (4) van psychologische verwerkingsprocessen, gebruik van psychosociale interventies (5) en samenwerking met en de invloed van het supportteam(6).

De respondenten in dit onderzoek zijn zich bewust van het feit dat zij een rol te spelen hebben in de psychosociale ondersteuning. Dit spreekt de onderzoeken naar wat de artsen effectief doen (o.a. Detmar et al.2000, Fagerland et al. 2008) tegen. Zij stelden vast dat artsen toch vooral hun communicatie richten op medische aspecten. De verantwoordelijkheid (1) voor psychosociale noden delen ze meestal met de collega's uit het supportteam. Zelden achten ze zich daar niet verantwoordelijk voor.

Of zij veel of weinig patiënten extra aandacht (2) geven op psychosociaal vlak, is sterk individueel door de arts bepaald. Ook de geïnterviewde artsen, die toch vanuit een grote betrokkenheid op hun patiënten spreken, geven heel gevarieerde cijfers aan het aantal patiënten dat van hen ondersteunende aandacht krijgt. We menen daarom te moeten stellen dat dit cijfer geen goede indicator is voor 'aandacht voor psychosociale ondersteuning'. Onderzoek naar psychosociale nood van kankerpatiënten toont aan dat deze ook varieert onder patiënten. Razavi et al. (2005) vindt 30 procent van de patiënten met een hoge nood aan psychosociale ondersteuning. Een recent overzichtsartikel van Krebber et al. (2014) berekent cijfers voor depressie bij kanker die variëren van 8 tot 24 procent van de patiënten. Söllner et al. (2001) ziet bij 20 tot 40 procent van de patiënten distress.

Het doel (3) van de ondersteuning die ze bieden is vooral gericht op het welzijn van de patiënt, en niet op een medisch effect, zoals vergroten van therapietrouw, veranderen van medicatie of het verbeteren van de prognose. Ook uit de interviews spreekt een grote betrokkenheid op het welzijn van de patiënt.

Hun ideeën (4) over gezonde verwerkingsprocessen bij patiënten stemmen grotendeel overeen met de duale verliesverwerkingstheorie, die veel psychologen vandaag voorstaan. Waar in de enquête angst en boosheid gemiddeld genomen als minder goede manieren van omgaan met de ziekte werden gescoord, nuanceren de geïnterviewden dit. Als ze de kans krijgen te vertellen hoe ze met deze emoties omgaan, blijkt dat het ervan afhangt hoe hardnekkig ze zijn of ze die emoties werkelijk als een slecht teken van verwerking ervaren. Ook deze emoties zijn als normaal of symptomatisch voor controleverlies te beschouwen. Sommige artsen geven aan dat ze het persoonlijk moeilijk hebben in het omgaan met boosheid die op hen gericht is en dat angst een goede informatieoverdracht bemoeilijkt. Over ontkenning als minder goede vorm van coping zijn de geïnterviewde artsen het eens: ontkenning moet actief aangepakt worden, of moet op zijn minst de kans krijgen te evolueren naar aanvaarding.

De bevroegde artsen beschouwen de meeste typische psychosociale interventies (5) tot de hune, maar richten zich daarbij meer op de patiënt dan op de context van die patiënt. Uit de interviews blijkt dat tijdsgebrek en een geringer gevoel van expertise op vlak van omgaan met familiale noden en met hun sociale omstandigheden mogelijke oorzaken hiervan zijn. Uit een Belgisch onderzoek van Delvaux et al. (2005) blijkt dat het aanleren van een effectieve communicatie met familieleden minder goed verloopt dan het verbeteren van de communicatie met de patiënt.

Het item 'stimuleren van een gezondere levensstijl' lijkt op het eerste zicht, op basis van de enquêtegegevens, een minder relevante ondersteunende interventie. Echter, in de interviews zeggen de artsen enerzijds dat het belang van deze interventie afhangt van de setting waarin men werkt. In een palliatieve of gemetastaseerde setting is dit nog weinig zinvol. Op curatief vlak merken een aantal artsen op een gezonde levensstijl net wel heel belangrijk is en er meer aandacht mag aan worden besteed. Anderzijds zijn er artsen die vinden dat deze interventie thuishoort bij de huisarts.

De tevredenheid (6) over het supportteam is hoog; op een schaal tot 10, haalt het supportteam gemiddeld een 8. De meeste artsen zeggen dat het supportteam wel degelijk een invloed heeft op hun manier van ondersteuning bieden. Uit de 11 interviews blijkt dat artsen omwille van persoonlijke of organisatiegebonden redenen hun rol als basis psychosociale hulpverlener verschillend invullen. Artsen kunnen eerder zelfstandig te werk gaan in de psychosociale ondersteuning, het oncologisch supportteam aansturen of er als een gelijkwaardige partner aan deelnemen. Ze verschillen ook in de mate waarin ze terugvallen op hun support team. De invloed van het team kan liggen in een wederzijds leerproces en/of bestaan uit de steun die de arts zelf krijgt van zijn team om moeilijke situaties beter te plaatsen. Sommige artsen zeggen veel steun te krijgen van hun team, en hen ook actief op te zoeken. Andere artsen vinden dat ze te weinig steun krijgen; dit kan te maken hebben

met hoe men zijn team ervaart of kan organisatorische redenen hebben. Abernethy (2012) geeft tal van aanbevelingen in de zelfzorg voor oncologen, waaronder het kunnen terugvallen op een team dat ruimte maakt voor debriefing na moeilijke situaties met patiënten. Ook een goede persoonlijke relatie met het supportteam valt te promoten.

We vroegen in de interviews ook naar de nood aan bijscholing op vlak van psychosociale ondersteuning. Vijf van de 11 geïnterviewden volgden bijscholingen op dat vlak en zijn hier tevreden over. Zij die nog geen opleiding volgden wijten dit aan een gebrek aan tijd, zeggen daarvoor terug te vallen op hun support team of geven aan weinig op de hoogte te zijn van opleidingsmogelijkheden.

Beperkingen en sterktes van het onderzoek

1. Beperkingen

De beperkingen van het onderzoek zijn meteen duidelijk. We bespreken hier de antwoorden van slechte 33 Vlaamse artsen, gespecialiseerd in de oncologie. Door de wijze van bevraging is sociale wenselijkheid van de antwoorden absoluut niet uit te sluiten. De antwoorden zeggen vooral iets over de goede intenties van een beperkte groep, maar niets over de kwaliteit van uitvoering. En vooral: omwille van de lage respons rate is het niet mogelijk om onze conclusies te veralgemenen.

Dit onderzoek differentieert niet tussen artsen die een opleiding in de psychosociale zorg volgden (o.a. opleiding in de palliatieve zorg en communicatietraining) en deze die dit niet deden. Mogelijks ligt dit aan de grootte van de onderzochte groep en maakt dit het moeilijk een statistisch verschil te berekenen. Het zou ook kunnen dat vooral artsen met een hoge interesse in psychosociale zorg aan het onderzoek deelnamen en qua visie niet erg verschillen van de artsen met een extra opleiding. Ook de mogelijkheid om sociaal wenselijke antwoorden te geven kan een bepalende rol hebben gespeeld in het gebrek aan differentiatie tussen goedbedoelende artsen en extra opgeleide artsen.

Ook de beperkte kennis van en ervaring met statistische analyses legt beperkingen op aan dit onderzoek. Door de grote hoeveelheid items in de enquête dienden complexe analyses te gebeuren. Voor een onervaren onderzoekster is het moeilijk te weten welke analyses er allemaal mogelijk zijn.

2. Sterktes en uitdagingen voor de toekomst

Het belang van het onderzoek is vooral te vinden in de handvaten die het bieden in contact en communicatie met artsen. Het lezen en bespreken van de onderzoeksresultaten en de uitspraken van

collega's kan motiverend werken te reflecteren over de eigen visie en werkwijze. We hopen dat leden van het supportteam in de interviews handvaten vinden om een gesprek aan te gaan met de gespecialiseerde arts, over zijn visie op psychosociale ondersteuning van de patiënten, de organisatie van die zorg, de communicatie erover, maar ook over de noden van de arts aan ondersteuning vanwege het supportteam.

Uiteindelijk is toch gebleken dat dit een domein is waarop meer kwalitatief onderzoek zinvol kan zijn. Artsen hebben over psychosociale ondersteuning een mening, die misschien bij velen nog impliciet aanwezig is. Kwalitatief onderzoek met goed onderbouwde diepte-interviews die peilen naar de visie op psychosociale begeleiding bij een brede groep van artsen, kan de dialoog tussen hen en de andere disciplines alleen maar verrijken. De artsen melden in de interviews spontaan thema's die verder onderzoek verdienen: de organisatie van de psychosociale ondersteuning, de organisatie van intervisie en overleg, de ervaring overvraagd te zijn op verschillende domeinen van psychosociale ondersteuning, omgaan met de eigen emoties, de communicatie onder de collega-artsen over psychosociale ondersteuning. Ook kan onderzoek dat beter peilt naar het verschil tussen artsen met een extra opleiding in de psychosociale zorg en artsen zonder bijkomende opleiding interessante resultaten opleveren.

Onderzoek in die richting moet dan wel proberen ook die artsen aan te spreken die nog minder vertrouwd zijn met psychosociale oncologie. Ondersteuning van beroepsverenigingen van specialisten in de oncologie bij het promoten van dit soort onderzoek is daarbij nodig.

GERAADPLEEGDE WEBSITES

www.cnn.org

www.bsno.be/leden.html

www.hospitals.be/hospitals-list.php

LITERATUURLIJST

Abernethy, A.P. (2012) A Balanced Approach to Physician Responsibilities: Oncologists' Duties toward Themselves. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 32:e9-e14

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M. & Theunissen, J. (2009) *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Noordhoff Uitgevers

Campbell, P.T., Patel AV, Newton CC, Jacobs E.J. & Gapstur S.M. (2013) Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncology*, 31, 876-885

de Haes, H., Gualthérie van Weezel, L. & Sanderman, R. (2001) *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*.

de Haes, H., Gualthérie van Weezel, L. & Sanderman, R. (2009) *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*.

Delvaux, N., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conrads, S., Boniver, J., Etienne, A.-M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Mélot, C., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J.-L. & Razavi, D. (2005), Physicians' communication with a cancer patient and a relative. *Cancer*, 103, 2397–2411

Detmar, S.B, Aaronson, N.K., Wever, L.D.V, M. Muller, M. & Schornagel, J.H. (2000) How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality of life issues. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 3295-3301.

De Valck, C. et al, (2001) Cue Responding in a simulated bad news situation. Exploring a stress hypothesis. *Journal of Health Psychology*, vol 6, 585 -596.

De Valck, C. (2003). Effectieve communicatie in de arts-patiënt-relatie: mogelijkheden en hinderpalen. *Hospitalia*, vol. 47,3, 13-15.

Fagerlin, H., Lindblad, Å. K., Bergström, I., Nilsson, M., Nauclér, G., Glimelius, B. and Ring, L. (2008), Patient-physician communication during oncology consultations. *Psycho-Oncology*, 17, 975–985

Fitch, M. I., Porter, H. B., & Page, B.D. (2008). (Eds.), *Supportive care framework: A foundation for person-centered care*. Pembroke, ON: Pappin Communications

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P. and Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014), Prevalence of depression in

cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23, 121–130.

Maes J. (2008) Naar een nieuw rouwparadigma. In Maes J. (Ed), *Leven met gemis*. 23 – 77, Wijgmaal – Leuven, Zorg-Saam.

Mehnert ,A. & Koch, U (2005) Psychosocial care of cancer patients. International differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Supportive Care in Cancer*, 13 (8), 579-588.

Newell, S.A. , Sanson-Fisher, R.W. & Savolainen N.J, (2002), Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst.* 94(8), 558-584.

Razavi D., Merckaert I. & Libert Y. (2005) Evaluatie van de capaciteiten van de artsen om de emotionele nood en de psychosociale behoeften van patiënten met kanker te evalueren. In *Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten*. vol. 1, 101-123.

Razavi D., Merckaert I. & Libert Y. (2005) Evaluatie van de organisatie van de psychosociale ondersteuning in de oncologie. In *Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten*. vol. 3, 252-272.

Razavi D., Merckaert I. & Libert Y. (2005) Evaluatie van de interventies van psychosociale steun verwezenlijkt door de psychosociale interveniënten in de oncologie. In *Studie over de behoeften en organisatie van de psychosociale ondersteuning van patiënten met kanker en hun naasten*. vol. 3, 273-293.

Rommel, W. (2009) Een kritische kijk op het kankerbeleid. In *Onderzoeksrapport 2009. De organisatie van de psychosociale zorg in acht Vlaamse ziekenhuizen*. VLK.

Schag, C.A. & Heinrich, R.L. (1990) Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) Scale.

Schreurs P.J.G. & Van De Willige G. (1988) Utrechtse Copinglijst.

Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., Maislinger S., (2001) How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*. 84(2), 179–185

Stroebe M. & Schut, H. (1999) The Dual process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197 – 224.

Stroebe M. & Schut, H. (2002) Meaning making and the Dual Process Model of Coping with Bereavement. In Neimeyer, R. (ed.) *Meaning reconstruction and the Experience f Loss*. Washington:APA.

Verachtert Annelies (2012) De invloed van het kankerplan op de multidisciplinaire werking: een vergelijkende studie in drie algemene ziekenhuizen op zoek naar good practice. Ongepubliceerde scriptie. Universiteit Antwerpen. Promotor Prof. Dr. H. Meulemans