



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

Academiejaar 2015-2016

**ONCOGERIATRIE IN HET WOONZORGCENTRUM. DRAAGKRACHT OF  
DRAAGLAST?**

**Een onderzoek bij verpleegkundigen werkzaam in een wzc.**

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

*door Danielle Vanoutrive*

Promotor: Sofie Eelen

Copromotor: Annelies Verachtert

## ABSTRACT

In dit onderzoek werden 88 verpleegkundigen werkzaam in een woonzorgcentrum bevestigd. We wilden ten eerste nagaan hoe verpleegkundigen werkzaam in een wzc scoren op compassion satisfaction, op burn-out en op secundaire traumatische stress? Ten tweede of er persoonsgebonden variabelen en werk gerelateerde variabelen zijn die hierop een invloed uitoefenen? Ten derde of het dagelijks contact met oncologische patiënten hier al dan niet een rol in speelt? Hiertoe werd de vragenlijst Professional Quality of Life (ProQOL) gebruikt om compassion satisfaction (CS), burn-out (BO) en secundaire traumatische stress (STS) te meten. Daarnaast werd ook een vragenlijst verdeeld die de sociodemografische gegevens in kaart brengt, en die een item bevat dat peilt naar het dagelijks contact met bewoners met een onco-diagnose.

Uit de statistische analyse bleek dat men gemiddeld tot hoog scoort op CS, en laag tot gemiddeld scoort op BO en STS. Burn-out en secundaire traumatische stress blijken positief gecorreleerd te zijn met elkaar. Burn-out en compassion satisfaction hebben een significante negatieve correlatie. De onderzochte persoonsgebonden variabelen hadden geen invloed op de scores van de subschalen CS, BO en STS. Van de werk gerelateerde variabelen had enkel het opleidingsniveau een invloed op secundaire traumatische stress, en had de werkplek een invloed op burn-out. Het al dan niet contact hebben met onco-patiënten maakte geen significant verschil uit voor de scores op CS, BO en STS.

## VOORWOORD

Vooreerst wil ik de directie en mijn collega's van Duneroze bedanken om in me te geloven en me de kans te geven om deze opleiding met het werk te combineren. Daarnaast bedank ik alle deelnemende woonzorgcentra en hun personeel voor hun medewerking en inspanningen, want zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook mijn promotoren, Sofie Eelen en Annelies Verachtert, en de medewerkers van het Cédric Hèle Instituut (CHi), verdienen een woord van dank voor de tips en ondersteuning. Ik richt een extra dankwoord aan Prof. Dr. Crombez om de statistiek van een raadsel tot iets werkbaars om te buigen.

Maar ik bedank ook mijn collega's (onco-)psychologie en vriendinnen voor de niet aflatende steun, mijn zus die inviel als hulplijn voor het werken met de pc, en uiteraard mijn man en kinderen om dit alles mee mogelijk te helpen maken.

*“Happiness does not come from doing easy work  
but from the afterglow of satisfaction  
that comes after the achievement  
of a difficult task that demanded our best.”*

*– Theodore Isaac Rubin*

## INHOUDSTAFEL

|  |    |
|--|----|
| 1. Inleiding   | 5  |
| 1.1. Oncogeriatric   | 5  |
| 1.2. Compassion fatigue, burn-out & secundaire traumatische stress | 7  |
| 1.3. Compassion satisfaction                                       | 10 |
| 1.4. Levenskwaliteit   | 12 |
| 1.5. Onderzoeksvragen en hypothesen                                | 14 |
| 2. Methode   | 15 |
| 2.1. Deelnemers  | 15 |
| 2.2. Vragenlijsten   | 15 |
| 2.3. Procedure   | 16 |
| 2.4. Statistische analyse  | 17 |
| 3. Resultaten  | 18 |
| 3.1. Karakteristieken van de doelgroep                             | 18 |
| 3.2. Scores op de ProQol   | 18 |
| 3.3. Verbanden   | 21 |
| 4. Discussie   | 23 |
| 4.1. Onderzoeksvragen en bevindingen                               | 23 |
| 4.2. Implicaties   | 26 |
| 4.3. Beperkingen   | 27 |
| 4.4. Conclusie   | 28 |
| 5. Referenties   | 30 |
| 6. Bijlagen  | 34 |



Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, z.d.). Naar de toekomst toe wordt verwacht dat het aantal ouderen met kanker zal toenemen tot vermoedelijk 50% van alle diagnoses in 2020. Tegen 2030 zou het cijfer van mensen ouder dan 65 met een kankerdiagnose oplopen tot 70% van alle kankerdiagnoses (Deckx et al, 2013). In het laatste decennium gingen dan ook meer en meer geriaters en oncologen samenwerken (Cornélis et al, 2014) in hun zoektocht om de beste zorg te kunnen aanbieden. Van hieruit ontstond de oncogeriatric.

Indien deze cijfers gecombineerd worden met de tendens van vergrijzing van de bevolking, kunnen we er van uitgaan dat een aanzienlijk deel van de ouderen gediagnosticeerd met kanker, opgenomen is in een woonzorgcentrum. In een onderzoek van Deckx et al (2013) bij mensen ouder dan 65 jaar met een kankerdiagnose, verblijft 5% tot 6% in een wzc. Daar kunnen namelijk diegenen terecht die niet meer thuis kunnen wonen, waarvoor alle andere zorgformules geen oplossing meer bieden en waarvoor er bijna permanent verzorging en hulp of toezicht vereist is (Vlaanderen.be). Dit betekent dat er in een wzc een grote verscheidenheid aan ziektebeelden aanwezig is. Naast lichamelijke aandoeningen, manifesteren er zich bovendien ook psychische problemen. Ouderen die in een wzc verblijven lopen een grotere kans op het ontwikkelen van een depressieve of angststoornis dan ouderen in de algemene bevolking. Dit cijfer zou zelfs oplopen tot 35% wanneer men enkel de klinisch relevante symptomen in acht neemt (Dozeman et al, 2013). Dit kan verklaard worden door een opeenstapeling van risicofactoren die gepaard gaan met een verblijf in een wzc: eenzaamheid, verlies (bijvoorbeeld afscheid van de woning), rouw (dood van de partner), chronische ziekte (bijvoorbeeld MS), handicaps, etc.... Wanneer de oudere hier bovenop een kankerdiagnose krijgt, vergroot de kans op het ontwikkelen van deze psychiatrische problemen. Bij oudere kankerpatiënten kan de diagnose van depressie echter bemoeilijkt worden doordat klachten van depressie bij ouderen zich vaak uiten in minder stemmingsgerelateerde symptomen maar vooral in concentratie en geheugenklachten, klachten over vermoeidheid en gebrek aan initiatief. Bovendien heeft kanker ook nog eens een versterkend effect op de algemene cognitieve achteruitgang, voornamelijk in het beginstadium van de ziekte. Naast depressie, blijken ook het ervaren van distress (omschreven als een multifactoriële, onplezierige emotionele ervaring van psychologische, sociale en/of spirituele aard) en emotionele eenzaamheid belangrijke gevolgen te zijn van het krijgen van kanker op latere leeftijd (Deckx et al, 2013). Aan de slag

gaan met dergelijke diversiteit aan problemen en moeilijkheden is geen evidentie en vraagt de nodige professionaliteit van alle hulpverleners die werkzaam zijn in een wzc.

In deze scriptie willen we de nadruk leggen op hoe men in een wzc omgaat met oncologische patiënten, en welke impact dit heeft op de werk gerelateerde stress. Dit werd reeds eerder nagegaan voor diegenen die werkzaam zijn in specifieke settings zoals bij onco- of palliatieve units, of bij oncologische afdelingen van een ziekenhuis (Terakado & Matsushima, 2015). Uit onderzoek blijkt dat zorgverstrekkers werkzaam in de oncologie meer emotioneel uitgeput zijn in vergelijking met andere zorgverstrekkers (Fetter, 2012; Ostacoli et al, 2010). Dit wordt tevens bevestigd in een unieke Belgische studie van Eelen et al (2014). Zij concludeerden dat diegenen die werkzaam zijn in de oncologie, meer last hebben van burn-out, in vergelijking met andere professionelen in de gezondheidszorg. Bovendien blijkt dat uit deze groep, verpleegkundigen het meest kwetsbaar zijn. Onderzoek van de Karel de Grote-Hogeschool toonde aan dat 10% van de verpleegkundigen een hoog risico loopt op het ontwikkelen van burn-out (Geuens & Franck, 2013). De bevindingen van Vandenbroeck et al. (2012) liggen nog iets hoger (12.4%). Dergelijk onderzoek bij verpleegkundigen blijkt echter schaars. Met deze scriptie trachten we deze 2 lacunes wat op te vullen en gaan we ons specifiek richten tot 1) verpleegkundigen die 2) werkzaam zijn in een wzc.

## **1.2. Compassion Fatigue, Burn-out & Secundaire Traumatische Stress.**

Burn-out is een fenomeen dat steeds vaker in de mond genomen wordt en ook wel eens de media haalt, maar wat houdt het precies in? Burn-out werd reeds in 1890 aangehaald door psychiater Pierre Janet (in Leblanc, 2015), hetzij onder de naam 'neurasthenie'. Tot op vandaag werd de term 'burn-out' niet opgenomen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; een classificatie van psychische stoornissen die ontwikkeld is voor het gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek (American Psychiatric Association, 2001)), in tegenstelling tot de International Classification of Diseases (ICD-10) waarbij men verwijst naar een staat van fysieke én mentale uitputting (World Health Organisation, 1992).

Dikwijls zijn onderzoeksopzetten gebaseerd op Maslach's driedimensionale definitie van burn-out, hetzij een psychologisch syndroom bestaande uit emotionele uitputting,

depersonalisatie en verminderde persoonlijke voldoening (Bragard et al, 2010; Eelen et al, 2014; Guveli et al, 2014; Langenaeken & Rombouts, 2014; Ostacoli et al, 2010). Maslach (1982, in Potter et al, 2013) haalde ook aan dat burn-out te begrijpen is als gecumuleerde persoonlijke stress als antwoord op een veeleisende werkomgeving. Ook in recenter onderzoek werd geconcludeerd dat burn-out sterk gerelateerd is tot stress in de werkomgeving (Meyer et al, 2015). Werk gerelateerde stress leidt namelijk tot persoonlijke stress, wat uiteindelijk kan resulteren in burn-out (Langenaeken & Rombouts, 2014). Burn-out kan dus overal op de werkvloer voorkomen, maar wordt toch het vaakst opgemerkt in de gezondheidszorg, met pieken in de oncologie en spoedgevallendienst (Guveli et al, 2014).

Er is enige consensus dat zowel situationele variabelen, werk gerelateerde als persoonlijke variabelen een rol spelen in de ontwikkeling van burn-out. De vaakst voorkomende zijn workload en tijdsdruk (Bragard et al, 2010; Eelen et al, 2014; Meyer et al, 2015; Vanbelle et al, 2013), jongere leeftijd (Shanafelt et al, 2014) en lagere anciënniteit (Bragard et al, 2010; Eelen et al, 2014; Meyer et al, 2015). Anderzijds is er onenigheid over de invloed van geslacht. Uit een studie van Eelen et al (2014) en Guveli et al (2014) bleek dat vrouwen meer risico lopen, terwijl uit onderzoek van Hillhouse et al (2000, in Bragard et al, 2010) blijkt dat mannen vaker symptomen van burn-out ontwikkelen. Daarnaast zouden ook gebrek aan steun op het werk, gebrek aan uitdagingen (Eelen et al, 2014), interferentie tussen werk en privé en introvertie (Bragard et al, 2010) een rol spelen. Ook emotioneel belastend werk, typerend voor de zorgsector, is een risicofactor voor het ontwikkelen van burn-out (Vanbelle et al, 2013). Bovendien heeft de werkplek an sich ook een aandeel in de ontwikkeling van burn-out. Verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis vertonen meer klachten, terwijl wie in een hospice of palliatieve unit werkt minder last heeft van burn-out (Ostacoli et al, 2010). Meer zelfs, werken in een hospice heeft een protectieve rol daar dit verantwoordelijk is voor een hogere mate van persoonlijke voldoening (Ostacoli et al, 2010). De oorzaak hiervan kan terug te vinden zijn in het gehanteerde perspectief. Hoe men een patiënt benadert verschilt namelijk per setting: 'zorgen voor' versus 'trachten te genezen' (Ostacoli et al, 2010; Terakado & Matsushima, 2015). Recent nog niet gepubliceerd onderzoek van het CHi vond echter geen verschil tussen intra- en extramurale diensten.

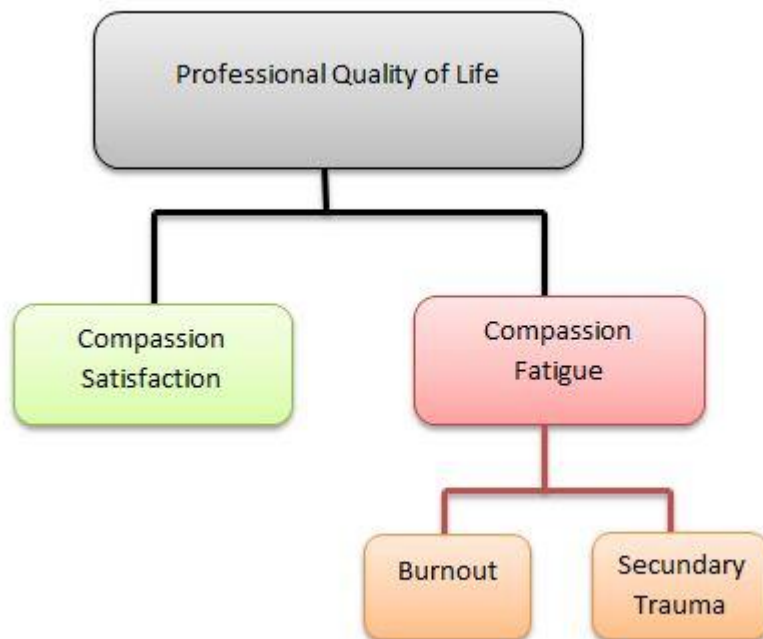
Een relatief nieuwere term, die qua inhoud gedeeltelijk overlapt met de term 'burn-out', is 'compassion fatigue' (Meyer et al, 2015; Yoder, 2010). Joinson (1992, in Yoder, 2010)



vermeldde dit voor het eerst, en dan specifiek bij verpleegkundigen. Hij stelde dat hetzij gevoelens van apathie, hetzij woede of hulpeloosheid ontstaan als reactie op stress omwille van het werken met lijdende of getraumatiseerde patiënten. De eerste definitie kwam in 1995 door Figley (in Potter et al, 2015), die compassion fatigue omschrijft als de combinatie van burn-out en secundaire traumatische stress bij zorgverleners. Later omschrijft hij het ook als emotionele stress omwille van het werken met lijdende of getraumatiseerde patiënten ( Figley, 2002 in Fetter, 2012), of als de negatieve keerzijde van zorg (Figley, 2002 in Meyer et al, 2015 en in Wentzel et al, 2014). Wie zich meer empathisch opstelt loopt meer risico om compassion fatigue te ontwikkelen (Wentzel et al, 2014). Ook Meyer et al (2015) halen aan dat compassion fatigue voornamelijk betrekking heeft op emotionele stress die werknemers ervaren door nauw contact met getraumatiseerde patiënten.

Potter et al (2013) benoemen stress omwille van het werken met getraumatiseerde patiënten of patiënten die lijden dan weer als secundaire traumatische stress. Echter, secundaire traumatisering is meer een reactie op het verhaal van een patiënt. Het effect kan heel diep gaan, vergelijkbaar met posttraumatische stress. De reacties kunnen variëren van stress, angstaanvallen, nachtmerries en wantrouwen tot een twijfel aan je wereld- en zelfbeeld (Luyten in Leblanc, 2015). Risicofactoren geassocieerd met secundaire traumatische stress zijn: vrouwelijk geslacht, groter inlevingsvermogen, jongere leeftijd, en werkomstandigheden (Leblanc, 2015). Secundaire traumatische stress correleert hoog met burn-out (Potter et al, 2013), en brengt ons zo terug bij de uiteenzetting in de aanvang van deze paragraaf. We omschreven 3 concepten die aangehaald worden om de negatieve gevolgen van een job als hulpverlener te verduidelijken: burn-out, compassion fatigue en secundaire traumatische stress. Hoewel er differentiatie tussen deze concepten bestaat, is er ook inhoudelijk enige overlapping. Dit trachten we duidelijk te maken aan de hand van figuur 1 (Stamm, 2010).

**Figuur 1. Schematische voorstelling van de constructen die samen de professionele levenskwaliteit bepalen (Stamm, 2010).**



Stamm (2010) deelt compassion fatigue op in enerzijds symptomen zoals vermoeidheid, frustratie, woede en depressie, typisch voor burn-out, en anderzijds secundaire traumatische stress omschreven als stress door het werken met getraumatiseerde personen, die zich uit als angst, slaapproblemen, opdringerige beelden en vermijdingsgedrag. Deze definitie sluit aan bij die van Figley (1995, in Potter et al, 2015) zoals hierboven eerder omschreven.

### **1.3. Compassion Satisfaction.**

De stelling dat compassion satisfaction de tegenhanger van compassion fatigue zou zijn (zie figuur 1), wordt bevestigd in onderzoek van Meyer (2015) en Yoder (2010), die besluiten dat beide constructen negatief geassocieerd zijn met elkaar. Compassion satisfaction kan omschreven worden als het plezier dat je haalt uit het goed en volledig doen van je werk en dus als hulpverlener effectief anderen te kunnen helpen (Stamm, 2002, in Meyer et al, 2015; Stamm, 2010). Het blijkt dat diegenen met hogere scores op compassion satisfaction zich gelukkiger voelen, meer zichzelf kunnen zijn, een sterkere band met anderen ontwikkelen en beter werk en privé kunnen gescheiden houden, en zich dus ook minder uitgeput voelen

(Yoder, 2010). Psychisch welbevinden wordt namelijk omschreven als de mate waarin iemand zich goed voelt en in staat is om op een normale manier te functioneren (Koeter & Ormel, 1991, in Cosyns, 2007) – thuis en op het werk. Variabelen zoals dagdiensten, minder routinematig werk en kans op promotie hebben een gunstig effect op compassion satisfaction (Meyer et al, 2015), evenals tijd kunnen vrijmaken in het kader van onderzoek, en meer algemeen betekenis uit je werk kunnen halen omwille van de relatie die met de patiënten wordt opgebouwd of omwille van intellectuele stimulatie op het werk (Langenaeken & Rombouts, 2014). Anderzijds, hoe meer men blootgesteld wordt aan stress, hoe lager de compassion satisfaction zal zijn (Meyer et al, 2015). Of anders verwoord; grotere arbeidstevredenheid hangt samen met minder stress op het werk, wat mogelijk wordt door meer autonomie (het kunnen beschikken over de nodige vrijheid en zelfstandigheid om het werk uit te voeren), grotere participatie (inspraak over de besluitvorming over de functie, de afdeling waarin men werkt of de ruimere organisatie), leer- en ontwikkelingsmogelijkheden, feedback, ontvangen van sociale steun (zowel van collega's als van leidinggevenden) en, specifiek voor verpleegkundigen, een werkbare relatie tussen de arts en de verpleegkundige (Vanbelle et al, 2013).

De definitie van 'flow' (Mittendorff en Van der Pool, 2002, in Van Doorslaer, 2007) sluit aan bij het construct 'compassion satisfaction', en wordt omschreven als een situatie waarin men positief gestimuleerd wordt en een prettig gevoel ervaart tijdens zijn bezigheid en nadien voldoening heeft. Bovendien plaatst men flow op een continuüm tegenover negatieve stress en burn-out.

Schaufeli & Bakker (2004, in Vandenbroeck et al, 2012) spreken dan weer van "bevlogenheid" als positieve tegenhanger van burn-out, met drie kenmerkende dimensies: vitaliteit (vs. emotionele uitputting), toewijding (vs. depersonalisatie) en absorptie (vs. verminderde persoonlijke bekwaamheid). Wie hoger scoort op bevlogenheid is niet alleen gezonder, maar zal minder snel van job willen veranderen en is ook bereid tot 65 jaar te werken.

#### **1.4. Levenskwaliteit.**

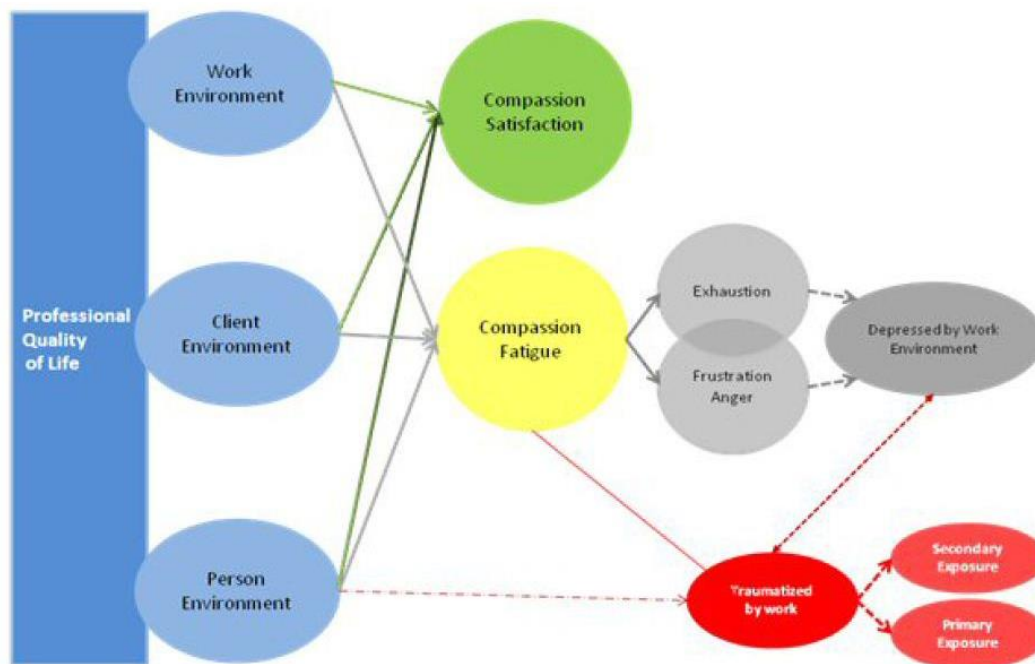
Levenskwaliteit verwijst naar iemands algemeen welzijn, en is een vaak gebruikte term in de gezondheidszorg (Lu et al, 2010). We kunnen aannemen dat het algemeen welzijn zal afhankelijk zijn van waar men zich situeert op dit continuüm, gaande van compassion fatigue tot compassion satisfaction. Mittendorf en Van der Pool (2002, in Van Doorslaer, 2007) gebruiken ook dergelijke visualisatie van het concept 'stress', gaande van burn-out en overspannen tot positieve stress en flow. Compassion fatigue zou een significant effect hebben op het privéleven van zorgverstrekkers (Wentzel et al, 2014) en op hun algemeen welzijn (Fetter, 2002; Langenaeken & Rombouts, 2014; Potter et al, 2013). Deze resultaten werden bevestigd in een Belgisch onderzoek bij onco-psychologen: er bestaat een significante negatieve correlatie tussen algemene levenssatisfactie en werkstress én algemene stress. Bovendien is er ook een sterk positief verband tussen werkstress en algemene stress (Van Doorslaer, 2007). Naast een negatief effect op het algemeen welzijn, kunnen ook specifieke gezondheidsproblemen opspelen (Potter et al, 2013), zoals aantasting van het immuuniteitsstelsel (Fetter, 2002, Vanbelle et al, 2013), of kan dit leiden tot psychosomatische klachten, geuit in bijvoorbeeld depressie, angst of vermoeidheid (Langenaeken & Rombouts, 2014, Vanbelle et al, 2013). Daarnaast is er ook een associatie tussen burn-out en middelengebruik (Guveli et al, 2014; Vanbelle et al, 2013). Volgens Wentzel et al (2014) heeft het ervaren van compassion fatigue negatieve gevolgen op verschillende domeinen en kan dit leiden tot emotionele moeilijkheden, biologisch en fysiek disfunctioneren. Ook Vandenbroeck et al. (2012) maken een gelijkaardige conclusie op basis van hun literatuurstudie.

Zoals blijkt uit de literatuur kan levenskwaliteit omschreven worden door talrijke definities en bestaat hierover geen consensus. We kunnen stellen dat levenskwaliteit een subjectief (Gabriëls, 2008; Wijk, 2011) en multidimensioneel concept (D'Haese, 2006) is, waarbij niet enkel objectieve klinische resultaten, maar ook subjectieve indicatoren dienen overwogen worden. Het fysisch, sociaal en psychologisch functioneren staat hierbij voorop, naast de spirituele en economische dimensie (D'Haese, 2006).

Een concept dat eenduidiger omschreven en dus ook te meten is, is 'professional quality of life' ofwel 'professionele levenskwaliteit'. We verwijzen naar een definitie van Stamm (2010), met name de algemene kwaliteit die een werknemer ervaart in relatie tot zijn of haar werk als zorgverlener. Zowel de positieve als de negatieve aspecten van een job in de zorgsector

spelen hierin een rol, waardoor professionele levenskwaliteit samengesteld wordt door compassion satisfaction en compassion fatigue (zie figuur 1). Deze stelling wordt ook bevestigd in ander onderzoek: Burn-out verhoogt het risico op lagere productiviteit op het werk en op meer absentieïsme (Fetter, 2012; Geuens & Franck, 2013; Potter et al, 2013; Schaufeli et al, 2009 in Eelen et al, 2014), en dit kan zelfs leiden tot het zoeken van ander werk (Leblanc, 2015, Vanbelle et al, 2013). Jobsatisfactie, productiviteit en loyaliteit aan de werkgever blijken negatief gecorreleerd te zijn met werkstress (Boswell, 1992 in Guveli et al, 2015). Dit zal repercussies hebben voor de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg en dus ook voor de patiëntentevredenheid (Guveli et al, 2014; Meyer et al, 2015; Potter et al, 2013; Shanafelt et al, 2014, Vanbelle et al, 2013). Anderzijds draagt compassion satisfaction ertoe bij dat men zich beter in zijn vel voelt, ook ten opzichte van anderen, dat men beter werk en privé kan gescheiden houden, en dat men minder moe of uitgeput is (Yoder, 2010). De professionele levenskwaliteit wordt dus bepaald door 2 componenten, compassion satisfaction en compassion fatigue. Hier spelen een aantal omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren op in, waarmee ook rekening moet gehouden worden. Dit wordt geïllustreerd a.d.h.v. figuur 2.

***Figuur 2. Theoretische pad-analyse van de professionele levenskwaliteit (Stamm, 2010).***



### 1.5. Onderzoeksvragen.

Deze scriptie richt zich voornamelijk op verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn in woonzorgcentra. Zoals eerder werd aangehaald, werd tot op heden weinig onderzoek verricht naar deze doelgroep. Hoewel een afdeling oncologie in een ziekenhuis of een palliatieve unit meer voor de hand ligt, blijkt dat ook in wzc's het aantal ouderen met een kankerdiagnose stijgt. De vraag rijst of de bevindingen voor verzorgend personeel die in contact komen met oncologische patiënten, ook van toepassing zijn op het verzorgend personeel uit wzc's, en dan meer bepaald op verpleegkundigen. Indien we ons baseren op de Belgische onderzoeken kunnen we verwachten dat men eerder gematigd zal scoren op compassion fatigue, want wzc vallen onder de noemer 'algemene gezondheidszorg', waar de scores lager liggen dan in gespecialiseerde zorg voor kankerpatiënten. Bovendien werkt men er niet vanuit de visie 'trachten te genezen', maar legt men de nadruk op 'zorgen voor'. Deze ingesteldheid zou bijdragen aan de ontwikkeling van compassion satisfaction. Anderzijds blijkt dan weer dat verpleegkundigen tot de meest kwetsbare groep behoren en dus een groter risico lopen op het ontwikkelen van negatieve gevolgen van een job als zorgverlener. Daarnaast is het aannemelijk te zeggen dat er een hechtere relatie zal ontstaan tussen de verpleegkundige en de patiënt/bewoner, net omwille van het definitief karakter van de

opname in de zorginstelling. Er wordt alles aan gedaan om binnen de voorziening een huiselijke sfeer te creëren, waardoor er dikwijls een sterkere band wordt ontwikkeld dan de loutere relatie zorgvrager-zorgverlener. En net diegenen die sterker empathiseren met hun patiënten lopen meer risico op negatieve aspecten van zorg, zoals bijvoorbeeld burn-out of secundaire traumatische stress.

Met dit onderzoek willen we ten eerste nagaan hoe verpleegkundigen, werkzaam in een wzc, scoren op compassion satisfaction, op burn-out en op secundaire traumatische stress. Ten tweede willen we nagaan of er persoonsgebonden variabelen (zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke status en het al dan niet hebben van kinderen), én werk gerelateerde variabelen (zoals anciënniteit, jobtime, werkplek, diploma en bijkomende opleidingen) zijn die hierop een invloed uitoefenen. Ten derde willen we onderzoeken of het dagelijks contact met oncologische patiënten hier al dan niet een rol in speelt?

## **2. METHODE.**

### **2.1. Deelnemers.**

Er namen in totaal 88 personen deel aan het onderzoek. Alle deelnemers zijn verpleegkundigen en zijn tewerkgesteld in een wzc, hetzij privé, hetzij verbonden aan een OCMW. Hiervan is 68% gebrevetteerd verpleegkundige, en behaalde 32% hun grauaat. Deelname gebeurde geheel vrijwillig. Alle gegevens werden anoniem verwerkt.

### **2.2. Vragenlijsten.**

#### **De Professional Quality of Life Scale**

De Professional Quality of Life Scale (ProQOL) is een vaak gebruikte vragenlijst om de positieve en negatieve effecten te meten van het werken met personen die stressvolle gebeurtenissen meemaakten (Stamm, 2010). Oorspronkelijk heette de test 'Compassion Fatigue Self Test', ontwikkeld door Charles Figley eind jaren 1980. Figley en Stamm gingen samenwerken vanaf 1988, wat leidde tot een toevoeging van het concept 'compassion satisfaction' en een naamsverandering in 'Compassion Satisfaction and Fatigue Test'. Later

werkte Stamm alleen verder aan deze vragenlijst, waarna die zijn definitieve naam 'Professional Quality of Life Scale' kreeg. De vragenlijst beslaat 2 dimensies, met name compassion satisfaction en compassion fatigue, en bestaat uit 3 schalen, met name compassion satisfaction (CS), burn-out (BO) en secundaire traumatische stress (STS), waarbij de 2 laatstgenoemden samen compassion fatigue definiëren. Er zijn 30 items, die beoordeeld moeten worden op een vijfpunten Likertschaal. De vragenlijst heeft een goede constructvaliditeit, maar kan niet aanzien worden als een diagnostische test. Hij kan wel aangewend worden om advies te formuleren inzake de balans tussen positieve en negatieve aspecten van het beroep van de zorgverlener. De klinische cutoff scores liggen op ' $\leq 22$  = laag', ' $23 - 41$  = gemiddeld', en ' $\geq 42$  = hoog' voor de drie subschalen (Stamm, 2010). De originele Engelstalige versie bestaat ook in verschillende andere talen, en werd in het Nederlands vertaald door het Cédric Hèle Instituut (CHi) in 2014 onder de naam 'Professionele Levenskwaliteit Vragenlijst'. Het CHi is een Vlaams instituut dat het belang van de psychosociale oncologie behartigt. Het CHi organiseert en stimuleert allerhande initiatieven, zowel qua zorg, qua educatie als qua wetenschappelijk onderzoek. In nauwe samenwerking met hulpverleners wil het een verhoging van de kwaliteit en een verruiming van het aanbod van de zorg voor kankerpatiënten realiseren (CHi, z.d.).

### **Sociodemografische gegevens**

Er werden ook anoniem een aantal persoonsgegevens verzameld (bijlage 1). Deze kunnen opgesplitst worden in demografische gegevens: geslacht, leeftijd, burgerlijke status, het al dan niet hebben van kinderen, en werk gerelateerde gegevens: anciënniteit, jobtime, werkplek, diploma, en bijkomende opleidingen. Bovendien werd bevraagd of men tijdens het werk dagelijks in contact komt met oncologische patiënten.

### **2.3. Procedure.**

De deelnemers voor dit onderzoek werden at random gerekruteerd uit een aantal woonzorgcentra in de regio De Haan. Er werd een lijst (bijlage 2) samengesteld van 13 wzc's uit Blankenberge, Bredene, Brugge en Oostende, die allen werden gecontacteerd met de vraag om mee te werken aan dit onderzoek. Hiervan weigerden 6 wzc's deelname. Als reden haalde men hoofdzakelijk aan dat er reeds intern een gelijkaardige bevraging gebeurde. Eén wzc gaf ziekteverzuim van het personeel op als motief om niet deel te nemen. Algemeen werd



een deelname aan dit onderzoek beschouwd als een extra belasting van het personeel. Twee benaderde wzc's vallen onder de koepel van OCMW-rusthuizen regio Brugge, waarbij de directie voorstelde alle wzc's die onder hun bevoegdheid vallen te bevragen. Zo komen we op een totaal van 11 deelnemende wzc. De verantwoordelijke van elk wzc gaf het gewenste aantal exemplaren door, op basis van hun aantal tewerkgestelde verpleegkundigen. In totaal werden 202 bundels met vragenlijsten uitgedeeld.

Hoewel ze allen de keuze kregen om de vragenlijsten op papier, dan wel digitaal te laten invullen, werd unaniem gekozen voor de papieren versie omwille van een mogelijks drempelverhogend effect van een digitale vragenlijst.

De vragenlijsten werden bezorgd aan de verantwoordelijke van elk wzc, die de verspreiding van de vragenlijsten onder de verpleegkundigen op zich nam. Het werd nergens nodig bevonden dat de onderzoeker aanwezig zou zijn om extra uitleg of ondersteuning te bieden bij het invullen van de vragenlijsten. Elke bundel werd voorzien van een begeleidende brief (bijlage 3), die de deelnemer voorzag van de nodige uitleg en de coördinaten van de onderzoeker om desgewenst zelf contact op te nemen bij eventuele vragen. Men kreeg een maand de tijd om de vragenlijsten in te vullen. Om de anonimiteit te garanderen werden de vragenlijsten in gesloten omslag verzameld en opgehaald. Van de 202 uitgedeelde bundels keerden 88 exemplaren terug. Eén ingevulde vragenlijst ging jammer genoeg verloren in de post. De response rate bedraagt 44%. Van de 11 wzc's die toezegden, participeerden er uiteindelijk maar 10 aan de studie. Eén wzc haakte af omwille van te veel afwezigheid door ziekte of verlof.

Gezien de ondervraagden geen patiënten, maar professionelen en dus competente volwassenen zijn, en alle data bovendien volledig anoniem verzameld werden, vereiste deze studie geen ethisch advies.

#### **2.4. Statistische Analyse.**

De gegevens werden oorspronkelijk verzameld in een Excel-bestand en later geconverteerd in een SPSS-bestand (versie 23.0). Descriptieve analyse werd gebruikt om de steekproef te omschrijven en om de scores op de vragenlijst ProQOL in kaart te brengen. Om het verband na te gaan tussen enerzijds persoonsgebonden variabelen (zoals leeftijd en geslacht) en

scores op de ProQol, en anderzijds werk gerelateerde variabelen (zoals anciënniteit en werkplek) en scores op de ProQol, werden t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven en univariate ANOVA uitgevoerd, en werden Pearson correlatiecoëfficiënten berekend. Cronbach's  $\alpha$  werd gebruikt om de interne consistentie van de subschalen van de vragenlijst ProQol te berekenen.

### **3. RESULTATEN**

#### **3.1. Karakteristieken van de Doelgroep.**

De deelnemers van deze studie bestaan uit een groep van 88 verpleegkundigen, waarvan 13 mannen (of 15%) en 75 vrouwen (of 85%), met een gemiddelde leeftijd van 45.40 jaar (SD= 10.54 , bereik 23 – 63 jaar). De meerderheid is gehuwd (51%) of samenwonend (22% + 1% in een nieuw samengesteld gezin), 16% is alleenstaand, 7% gescheiden en 3% weduwe/weduwnaar. 80% van alle ondervraagden heeft kinderen. Er werd gepeild naar een onderscheid in opleidingsniveau: 68% van de ondervraagden behaalden het diploma van gebrevetteerd verpleegkundige (A2-niveau) en 32% van de ondervraagden het diploma van gegradueerd verpleegkundige (A1-niveau). 56% volgde bijkomende opleidingen, zoals wondzorg, referent dementie, palliatieve zorg of een kaderopleiding. Niemand volgde een opleiding betreffende oncologische problematieken, hoewel 83% van de ondervraagden aangeeft op het werk dagelijks in contact te komen met oncologische patiënten. Van de 88 verpleegkundigen werken er 51 fulltime (58%) vs. 37 parttime (42%). Het gemiddeld aantal jaren anciënniteit bedraagt 19.90 jaar (SD= 11.49, bereik 0 – 49 jaar). 34% van hen werkt in een privé wzc, de andere 66% werkt in een openbaar wzc, verbonden aan een OCMW.

#### **3.2. Scores op de ProQOL.**

In tabel 1 worden de gemiddelden, standaarddeviaties, minima en maxima, interne consistenties, en de correlatiescores tussen de scores op de subschalen van de vragenlijst ProQOL weergegeven. De subschalen blijken een relatief goede betrouwbaarheid te hebben. De Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) voor de drie subschalen is .79 voor compassion satisfaction, .63 voor burn-out, en .73 voor secundaire traumatische stress. Compassion satisfaction is negatief

gecorrleerd met burn-out ( $r(88) = -0.60$ ,  $p > 0.001$ ). Daarnaast is burn-out positief gecorrleerd met secundaire traumatische stress ( $r(88) = 0.33$ ,  $p > 0.001$ ).

Houden we rekening met de klinische cutoff-waarden (laag – gemiddeld – hoog), te zien in tabel 2, dan kunnen we besluiten dat voor compassion satisfaction het merendeel (72.7%) gemiddeld scoort. Alle overige bevrageden, uitgezonderd 1 deelnemer, scoren hoog (26.1%). De totaalscores (zie tabel 1) voor deze subschaal variëren tussen 16 en 48. De ene lage score van 16 springt hier in het oog, gezien deze ver onder het gemiddelde ligt. Voor de subschalen burn-out en secundaire traumatische stress scoort er niemand hoog (zie tabel 2). Van de ondervragden scoort de helft laag (48.9% voor BO en 45.5% voor STS) en de andere helft gemiddeld (51.1% voor BO en 54.5% voor STS). De gemiddelden (21.84 voor BO en 21.69 voor STS; zie tabel 1) bevinden zich dan ook net rond de grens van de cutoff-waarde 22, die het onderscheid maakt tussen laag of gemiddeld. De totaalscores (zie tabel 1) voor de subschaal burn-out variëren tussen 12 en 32, en voor de subschaal secundaire traumatische stress tussen 10 en 33.

**Tabel 1. Gemiddelden (M), standaard deviaties (SD), minima en maxima, Cronbach's  $\alpha$  en Pearson correlatiecoëfficiënten tussen compassion satisfactie (CS), burn-out (BO) en secundaire traumatische stress (STS).**

|  | n  | M     | SD   | min | max | $\alpha$ | 2       | 3      |
|--|----|-------|------|-----|-----|----------|---------|--------|
| <b>1. Compassion satisfaction (CS)</b>         | 88 | 38.57 | 4.99 | 16  | 48  | .79      | -0.60** | 0.09   |
| <b>2. Burn-out (BO)</b>                        | 88 | 21.84 | 3.82 | 12  | 32  | .63      | -       | 0.33** |
| <b>3. Secundaire traumatische stress (STS)</b> | 88 | 21.69 | 4.47 | 10  | 33  | .73      |         | -      |

\*\*  $p < 0.001$

**Tabel 2. Aantal en percentages voor compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress, opgedeeld volgens de cutoff-waarden van de ProQol.**

|   | laag | %     | gemiddeld | %     | hoog | %     | totaal     |
|---|------|-------|-----------|-------|------|-------|------------|
| <b>Compassion satisfaction (CS)</b>         | 1    | 1.1%  | 64        | 72.7% | 23   | 26.1% | 88<br>100% |
| <b>Burn-out (BO)</b>                        | 43   | 48.9% | 45        | 51.1% | 0    | 0%    | 88<br>100% |
| <b>Secundaire traumatische stress (STS)</b> | 40   | 45.5% | 48        | 54.5% | 0    | 0%    | 88<br>100% |

Op itemniveau merken we op dat item 28 (behorende tot de subschaal secundaire traumatische stress) *“Ik kan me belangrijke delen van mijn werk met traumaslachtoffers niet herinneren”* het vaakst werd blank gelaten. Item 12 *“Ik hou van mijn job als hulpverlener”* haalt gemiddeld de hoogste score (M= 4,40, SD= .62, bereik: 2 – 5), gevolgd door item 3 *“Ik haal voldoening uit het kunnen helpen van mensen”* (M= 4,226, SD= ,67, bereik: 2 – 5) en item 30 *“Ik ben blij dat ik voor dit werk heb gekozen”* (M= 4,19, SD= .77, bereik: 2 – 5). Deze behoren allen tot de subschaal compassion satisfaction. De items met de laagste scores zijn: item 8 (subschaal burn-out) *“Ik ben minder productief omdat ik slecht slaap door de traumatische ervaringen van de mensen die ik help”* (M= 1.64, SD= .63, bereik: 1 – 3), item 23 (subschaal secundaire traumatische stress) *“Ik vermijd bepaalde situaties of activiteiten omdat deze mij herinneren aan beangstigende ervaringen met mensen die ik help”* (M= 1.67, SD= .66, bereik: 1 – 3), en item 25 (subschaal secundaire traumatische stress) *“Ik heb indringende beangstigende gedachten ten gevolge van mijn job als hulpverlener* (M= 1.80, SD= .90, bereik: 1 – 4).

### 3.3. Verbanden.

#### Persoonsgebonden Variabelen.

Voor geslacht werden geen significante verschillen vastgesteld voor compassion satisfaction ( $t(86) = 1.54$ ,  $p = 0.13$ ), noch voor burn-out ( $t(86) = 0.70$ ,  $p = .49$ ), noch voor secundaire traumatische stress ( $t(86) = 1.28$ ,  $p = 0.20$ ). Tussen alleenwonenden (single, gescheiden, weduw(nar)en) en samenwonenden (incl. gehuwd en nieuw samengestelde gezinnen) was er geen significant verschil voor compassion satisfaction ( $t(86) = 0.68$ ,  $p = 0.50$ ), voor burn-out ( $t(86) = 0.42$ ,  $p = 0.68$ ), en voor secundaire traumatische stress ( $t(86) = 0.00$ ,  $p = 1.00$ ). Ook het al dan niet hebben van kinderen had geen significant verschil op de scores op de subschalen compassion satisfaction ( $t(86) = -0.59$ ,  $p = 0.56$ ), burn-out ( $t(86) = -0.08$ ,  $p = 0.94$ ), en secundaire traumatische stress ( $t(86) = -0.38$ ,  $p = 0.68$ ). De correlaties tussen leeftijd en de subschalen waren allen niet significant: voor compassion satisfaction is  $r(87) = -0.04$ ,  $p > .05$ , voor burn-out is  $r(87) = 0.05$ ,  $p > .05$ , en voor secundaire traumatische stress is  $r(87) = -0.05$ ,  $p > .05$ .

#### Werk Gerelateerde Variabelen.

Wat betreft de werk gerelateerde variabele "hoogst behaalde diploma" werd wel een trend tot significantie ontdekt voor de subschaal secundaire traumatische stress:  $t(86) = -1.894$ ,  $p < 0.10$ , waarbij de lager geschoolde verpleegkundigen een hogere gemiddelde score ( $M = 22.30$ ,  $SD = 3.92$ ) hadden dan de gegradueerde verpleegkundigen ( $M = 20.39$ ,  $SD = 5.31$ ). Echter voor de schalen compassion satisfaction en burn-out werden geen significante verschillen ontdekt wat betreft het opleidingsniveau. De aard van de werkplek (openbaar vs. privé wzc) had dan weer een significant verschil op de subschaal burn-out:  $t(86) = 2.50$ ,  $p < 0.05$ , waarbij wie in een openbaar wzc werkt, hoger scoort op burn-out ( $M = 22.55$ ,  $SD = 3.82$ ) t.o.v. wie in een privé wzc werkt ( $M = 20.47$ ,  $SD = 3.47$ ). Wat betreft de subschalen compassion satisfaction en secundaire traumatische stress werden voor de aard van de werkinstelling geen significante verschillen vastgesteld. Het volgen van bijkomende opleidingen en de jobtime van de verpleegkundige hadden evenmin invloed op de scores op compassion satisfaction, op burn-out, en op secundaire traumatische stress; respectievelijk  $t(86) = 0.21$ ,  $p = 0.84$ ,  $t(86) = 0.40$ ,  $p = 0.69$ ,  $t(86) = 0.91$ ,  $p = 0.37$  en  $t(86) = -0.17$ ,  $p = 0.86$ ,  $t(86) = 0.22$ ,  $p = 0.83$ ,  $t(86) = 1.13$ ,  $p = 0.26$ .

Ook de correlatie tussen anciënniteit en compassion satisfaction is niet significant ( $r(88) = -0.14$ ,  $p > .05$ ), noch tussen anciënniteit en burn-out ( $r(88) = 0.14$ ,  $p > .05$ ) en noch tussen anciënniteit en secundaire traumatische stress ( $r(88) = -0.18$ ,  $p > .05$ ).

Vergelijken we de verschillende deelnemende wzc's ten opzichte van elkaar, dan merken we dat de score op burn-out een trend tot significant verschil vertoont afhankelijk van de tewerkstellingsplaats;  $F(4,83) = 2.36$ ,  $p > 0.10$ . Nader bekeken merken we dat de gemiddelden op burn-out significant verschillen tussen 'Wackerbout' en 'De Strandjutter' ( $p < 0.05$ ) en tussen de wzc's van OCMW Brugge en 'De Strandjutter' ( $p < 0.05$ ). 'De Strandjutter' behaalt telkens de laagste scores op burn-out: de verpleegkundigen tewerkgesteld in 'De Strandjutter' scoren gemiddeld laag op burn-out, terwijl de verpleegkundigen tewerkgesteld in 'Wackerbout' en bij het OCMW van Brugge gemiddeld een gemiddelde score op burn-out behalen. Dit bevestigt de bevinding dat wie in een privé wzc werkt, zoals bijvoorbeeld 'De Strandjutter', minder symptomen van burn-out vertoont in vergelijking met wie in een openbaar wzc werkt. Voor de scores op compassion satisfaction ( $F(4,83) = 0.81$ ,  $p = 0.52$ ) en op secundaire traumatische stress ( $F(4,83) = 0.74$ ,  $p = 0.57$ ) is er geen significant verschil afhankelijk van de tewerkstellingsplaats an sich.

### **Variabele 'Contact met oncopatiënten'.**

Gezien dit onderzoek de nadruk wil leggen op verpleegkundigen tewerkgesteld in een wzc, vonden we het interessant ook expliciet het contact met oncopatiënten in kaart te brengen. Opvallend was dat 83% van de ondervraagden aangaf tijdens hun job dagelijks in contact te komen met bewoners met een oncodiagnose. Toch blijkt er geen significant verschil op de scores van compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress te zijn tussen diegenen die wel en diegenen niet met oncopatiënten in contact komen:  $t(85) = 0.84$ ,  $p = .40$ ;  $t(85) = -0.79$ ,  $p = 0.43$ ;  $t(85) = -1.40$ ,  $p = 0.17$ .

## 4. DISCUSSIE

### 4.1. Onderzoeksvragen en Bevindingen

Het doel van deze scriptie was om 3 onderzoeksvragen te beantwoorden betreffende verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn in een wzc. De eerste vraag was hoe deze verpleegkundigen scoren op compassion satisfaction, op burn-out en op secundaire traumatische stress? Doorgaans scoorde men in dit onderzoek op de drie subschalen gemiddeld (cutoff-score 23 - 41), respectievelijk 72.7%, 51.5% en 54.5% (zie tabel 2). Op de subschaal compassion satisfaction was er slechts 1 respondent die laag scoorde, terwijl de overige 26.1% hoog scoorde. Op de subschalen burn-out en secundaire traumatische stress was er dan weer niemand die hoog scoorde, terwijl de overige 48.9% voor burn-out en 45.5% voor secundaire traumatische stress laag scoorden.

In tabel 3 vergelijken we de verkregen scores met de data van een uiteenlopende demografische steekproef van Stamm (2010). De gemiddelden op de drie subschalen, zowel voor mannen als voor vrouwen, liggen meer dan een standaarddeviatie lager dan de gemiddelden verkregen uit het onderzoek van Stamm (2010). In vergelijking met een algemene steekproef scoren verpleegkundigen werkzaam in een wzc dus beduidend lager. Echter, in vergelijking met scores van andere verpleegkundigen (Yoder, 2010; Potter et al., 2013), liggen onze cijfers wel in dezelfde lijn (zie tabel 4): op compassion satisfaction scoort men hoog-gemiddeld, terwijl men op burn-out en secundaire traumatische stress laag-gemiddeld scoort.

**Tabel 3. Gemiddelden (M), standaard deviaties (SD), opgedeeld per geslacht voor compassion satisfaction (CS), burn-out (BO) en secundaire traumatische stress (STS), en vergeleken t.o.v. verzamelde data door Stamm (2010).**

|                         | n    | Compassion satisfaction (CS) |               | Burn-out (BO) |                | Secundair traumatische stress (STS) |                |
|-------------------------|------|------------------------------|---------------|---------------|----------------|-------------------------------------|----------------|
|                         |      | Man M<br>SD                  | Vrouw M<br>SD | Man M<br>SD   | Vrouw M<br>SD  | Man M<br>SD                         | Vrouw M<br>SD  |
| <b>Huidig onderzoek</b> | 88   | 36.62<br>7.58                | 38.91<br>4.37 | 21.15<br>1.63 | 21.96<br>4.08  | 20.33<br>5.04                       | 21.95<br>4.35  |
| <b>Stamm (2010)</b>     | 1075 | 49.01<br>10.81               | 50.14<br>9.77 | 48.99<br>9.75 | 50.37<br>10.26 | 49.05<br>9.95                       | 50.18<br>10.15 |

**Tabel 4. Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) voor compassion satisfaction (CS), burn-out (BO), secundaire traumatische stress (STS), en vergeleken t.o.v. data van gelijkaardig onderzoek bij verpleegkundigen (Potter et al, 2013; Yoder, 2010).**

|                             | n   | CS M  | CS SD | BO M  | BO SD | STS M | STS SD |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| <b>Huidig onderzoek</b>     | 88  | 38.57 | 4.99  | 21.84 | 3.82  | 21.69 | 4.47   |
| <b>Yoder (2010)</b>         | 106 | 40.3  | 4.9   | 19.20 | 5.0   | 12.3  | 5.6    |
| <b>Potter et al. (2013)</b> | 13  | 39.53 | -     | 23.46 | -     | 19.76 | -      |



Rekening houdende met de definitie van deze constructen (Stamm, 2010) kon worden verwacht dat de scores op burn-out en secundaire traumatische stress in dezelfde lijn liggen, gezien deze termen inhoudelijk enige overlapping hebben en samen compassion fatigue bepalen. De significante positieve correlatie tussen burn-out en secundaire traumatische stress ( $r(88) = 0.33, p > 0.001$ ) staft deze stelling. Bovendien sluit dit aan bij eerder onderzoek van Figley (in Potter et al, 2013). De significante negatieve correlatie tussen burn-out en compassion satisfaction ( $r(88) = -0.60, p > 0.001$ ), zoals ook geconcludeerd werd in het reeds aangehaald onderzoek van Meyer (2015) en Yoder (2010), toont aan dat compassion fatigue de tegenhanger is van compassion satisfaction. Wie hoog scoort op burn-out, zal op dat ogenblik weinig voldoening uit zijn job (kunnen) halen (McGowan, 2001, in Meyer, 2015). Wanneer men echter hoger scoort op compassion satisfaction en dus wel plezier haalt uit zijn job, zoals onze verpleegkundigen, zal men lager scoren op burn-out en secundaire traumatische stress. De balans van de professionele levenskwaliteit (of de algemene kwaliteit die een werknemer ervaart in relatie tot zijn of haar werk als zorgverlener) tussen de positieve (compassion satisfaction, hier hoog-gemiddeld) en de negatieve (compassion fatigue, hier laag-gemiddeld) aspecten van de job, lijkt dus voor onze steekproef in evenwicht te zijn.

De tweede onderzoeksvraag was of er persoonsgebonden variabelen en werk gerelateerde variabelen zijn die een invloed uitoefenen op de scores op compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress? Voor alle onderzochte persoonsgebonden variabelen (leeftijd, geslacht, burgerlijke status, en het al dan niet hebben van kinderen) werden geen significante verschillen gedetecteerd. Dit hadden we niet verwacht gezien dit in gelijkaardig onderzoek wel vaak het geval is voor wat betreft (jongere) leeftijd en geslacht. Voor de werk gerelateerde variabelen had enkel het opleidingsniveau een invloed op secundaire traumatische stress ( $t(86) = -1.894, p < 0.10$ ): wie lager geschoold is (A2-niveau) scoort gemiddeld op secundaire traumatische stress en scoort dus in vergelijking met wie een A1-diploma behaalde hoger, gezien deze groep respondenten laag scoort op secundair trauma. De aard van de werkplek had een invloed op burn-out ( $t(86) = 2.50, p < 0.05$ ). Wie in een wzc verbonden aan een OCMW werkt, scoort gemiddeld op burn-out, en dus hoger dan wie in een privé wzc werkt, gezien deze verpleegkundigen namelijk laag scoren op burn-out. De overige werk gerelateerde variabelen (anciënniteit, jobtime, en het volgen van bijkomende

opleidingen) hadden, tegen de verwachting in, geen invloed op de scores op de drie subschalen.

De derde onderzoeksvraag was of er een invloed was van dagelijks contact met oncopatiënten tijdens het werk op de scores op compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress? We vonden dit zeker interessant om te onderzoeken, te meer daar 83% van de ondervraagden aangaf dagelijks met dergelijke patiënten in contact te komen. Echter, deze variabele maakte op de drie subschalen geen significant verschil uit:  $t(85) = 0.84$ ,  $p = .40$  voor compassion satisfaction;  $t(85) = -0.79$ ,  $p = 0.43$  voor burn-out; en  $t(85) = -1.40$ ,  $p = 0.17$  voor secundaire traumatische stress. Het blijkt dus dat in een wzc de aard van de diagnose van de bewoners geen invloed uitoefent op werk gerelateerde stress.

#### **4.2. Implicaties**

Met het oog op de algemene professionele levenskwaliteit, die tenslotte niet enkel ten goede komt aan de werknemer, maar ook aan de patiëntentevredenheid, zou de werkgever er steeds op gericht moeten zijn tekenen van burn-out en secundaire traumatische stress te minimaliseren. Uit dit onderzoek in verschillende wzc's blijkt dat men daar reeds voor een groot deel in slaagt: algemeen genomen scoren verpleegkundigen laag op burn-out en secundaire traumatische stress, en hoog op compassion satisfaction. Dit zou een inspiratiebron voor andere settings kunnen zijn. Wij geloven dat, hoewel men ook in wzc's gebukt gaat onder hoge werkdruk, dit een werkplek is waar alsnog het menselijk aspect hoog in het vaandel wordt gedragen. Men biedt een thuis aan, men neemt de tijd de persoon in kwestie echt te leren kennen, men bouwt een relatie op met elkaar... Kortom, men biedt warme zorg aan. En deze warmte lijkt niet enkel op de patiënten af te stralen. Ook de hulpverleners zelf plukken hiervan de vruchten. Met deze redenering sluiten wij aan bij de bevinding van Ostacoli et al (2010), dat werken in een hospice een protectieve rol heeft t.o.v. het ontwikkelen van symptomen van burn-out. Deze variabele zou dan ook in toekomstig onderzoek moeten opgenomen worden om deze hypothese te staven.

Specifiek uit onze studie blijkt dat verpleegkundigen die een graduaatsopleiding volgden het iets beter doen dan hun gebrevetteerde collega's. Een verklaring hiervoor kan liggen in de aard van het onderwijs en de verschillende accenten die worden gelegd, waarbij in een graduaatsopleiding mogelijks meer aandacht gaat naar eventuele negatieve effecten van een

job in de zorgsector en daaraan gekoppeld meer de klemtoon gelegd wordt op het belang van zelfzorg. Van daaruit kunnen we aanbevelen alle verpleegkundigen op de werkvloer, ongeacht hun vooropleiding, te sensibiliseren voor mogelijke werkstress en tips aan te reiken hoe men een gezond werkethos kan bewaren. Een andere mogelijke verklaring is dat diegenen die een graduaatsopleiding volgden meer autonomie verwerven in hun functie of zelfs meer kans maken op promotie, wat vaak resulteert in dagdiensten – zaken die compassion satisfaction ten goede komen. Om dit verschil weg te werken kan er vanuit gegaan worden dat elke werknemer een toegevoegde waarde voor het team betekent. Daarom zou iedereen gestimuleerd moeten worden zijn eigen specialisatie uit te diepen en hier verantwoordelijkheid voor te dragen. Dit zou het gevoel van individuele autonomie moeten vergroten, wat de professionele levenskwaliteit van alle werknemers ten goede komt.

Op basis van onze scores voor burn-out en de invloed van de tewerkstellingsplaats op deze scores, namelijk gemiddeld in openbare wzc's vs. laag in privé wzc's, kunnen we er van uitgaan dat de jobvereisten verschillend zijn afhankelijk van de aard van de tewerkstellingsplaats. In plaats van hier te gaan speculeren naar welke factoren verantwoordelijk kunnen zijn voor verschillen in werkklimaat, raden we aan om deze verschillen tussen privé en openbare wzc door middel van empirisch onderzoek in kaart te brengen. Op die manier kan hierop ingespeeld worden om zo de werkstress van verpleegkundigen tewerkgesteld in openbare wzc's naar hetzelfde (lage) niveau te brengen als bij diegenen die in een privé wzc werken.

### **4.3. Beperkingen**

Een belangrijke opmerking omtrent ons onderzoek is de lage respons rate (44%). Zoals bleek uit de rondvraag tot deelname is het woonzorgpersoneel reeds overbevraagd. O.a. de hoge tijdsdruk in het uitoefenen van hun job zal hier zeker een rol in spelen. Wegens tijdsgebrek, gebrek aan interesse of aan energie kwam het overgrote deel van de gecontacteerde verpleegkundigen niet tot deelname omwille van het vrijwillig karakter van dit onderzoek. We kunnen aannemen dat zij die reeds overvraagd werden niet hebben deelgenomen aan deze studie, terwijl net diegenen hoger zouden scoren op burn-out en secundaire traumatische stress. Ook Yoder (2010) en Potter et al. (2013) maken gelijkaardige opmerkingen. Dit kan

deels een verklaring zijn waarom onze deelnemers laag-gemiddeld scoren op burn-out en secundaire traumatische stress, en dat de gemiddelde scores lager liggen dan de cijfers verkregen door Stamm (2010). Daarom lijkt het ons opportuun dit onderzoek te herhalen met een grotere steekproef, waarbij alle verpleegkundigen (verplicht) deelnemen, of met een vergelijkingsgroep (ander personeel tewerkgesteld binnen wzc's, of verpleegkundigen tewerkgesteld in andere settings). Bovendien is onze steekproef beperkt tot een specifieke regio waardoor het minder aan te raden is deze resultaten te generaliseren naar alle Belgische verpleegkundigen. Het kan ook aangewezen zijn om verschillende vragenlijsten te gebruiken om de constructen compassion satisfaction, burn-out en secundaire traumatische stress genuanceerder en gedetailleerder in kaart te brengen. Daarnaast hadden wij graag het aantal bewoners met een onco-diagnose per wzc in kaart gebracht. Ook al komt het overgrote deel (83%) van de verpleegkundigen dagelijks in contact met onco-patiënten, dit kan evengoed slechts een klein deel zijn van de verscheidenheid aan diagnoses waarmee woonzorgpersoneel geconfronteerd wordt, hetgeen de beperkte invloed van deze variabele zou kunnen helpen verklaren. Er kon echter geen enkel deelnemend wzc een percentage van hun bewoners met een onco-diagnose bezorgen, waarschijnlijk net omwille van de hoge mate van overbevraging. Wij geloven dat dit alsnog een interessante variabele is om in toekomstig onderzoek te betrekken.

#### **4.4. Conclusie**

Verpleegkundigen werkzaam in een wzc scoren laag tot gemiddeld op burn-out en secundaire traumatische stress, en scoren gemiddeld tot hoog op compassion satisfaction. Dit zou geen betrekking hebben op de diagnose van de bewoners die men dagelijks verzorgt - ondanks het stijgend percentage van ouderen met een onco-diagnose - maar eerder met werk gerelateerde zaken, zoals hun opleidingsniveau en de werkplek op zich.

Tevens toont dit evidentie aan voor de stelling dat contact met onco-patiënten minder belastend is en minder negatieve symptomen zoals burn-out en secundaire traumatische stress genereert voor wie in de algemene gezondheidszorg werkt, bijvoorbeeld in een wzc, ten opzichte van wie op een gespecialiseerde afdeling voor oncologie werkt (Eelen et al, 2014; Fetter, 2012; Ostacoli et al, 2010). Wij sluiten aan bij de idee dat de achterliggende visie en

de manier waarop de hulpvrager wordt benaderd hierin een rol speelt (Ostacolli et al, 2010; Terakado & Matsushima, 2015). In een wzc tracht men steeds elke bewoner zich er thuis te laten voelen door een band met elkaar op te bouwen, wat ook voor de hulpverlener meer persoonlijke voldoening oplevert. Bovendien werkt men er niet vanuit de visie 'genezen' maar 'zorgt men voor de oudere', hetgeen minder emotioneel belastend zou zijn. Deze attitudes zouden in toekomstig onderzoek nader onderzocht moeten worden, want ze kunnen een protectieve rol spelen in de ontwikkeling van symptomen van burn-out en secundaire traumatische stress, en kunnen dus mee verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van een goede, evenwichtige professionele levenskwaliteit. In dat geval tonen ze aan dat het humane aspect in de zorgsector niet naar de achtergrond mag verschuiven ten koste van de hoge werkdruk, maar dat net dit menselijk contact, en de tijd kunnen vrijmaken om een relatie met de patiënten op te bouwen, van primordiaal belang is voor de tevredenheid van zowel de zorggever als de zorgvrager.

## REFERENTIES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Tweede uitgave. Lisse. Nederlandse vertaling Swets & Zeitlinger B.V.
- Belgian Federal Government. *Statistieken & Analyse* (2013). Geraadpleegd op 15 april 2015, van <http://statbel.gfov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/>
- Bragard, I., Etienne, A., Libert, Y., Meckaert, I., Liénard, A., Meunier, J., Delvaux, N., Hansez, I., Marchal, S., Reynaert, C., Slachmuylder, J., & Razavi, D. (2010). Predictors and Correlates of Burnout in Residents Working with Cancer. *Journal of Cancer Education, 25*, 120-126.
- Chi (z.d.)Cédric Hèle Instituut. *Vlaams instituut voor psychosociale oncologie*. Geraadpleegd op 16 december 2015, van <http://www.chicom.be/over/missie>
- Cornélis, F., Moor, R., Cornette, P., Decoster, L., & Wildiers, H. (2014). Geriatric Oncology in Belgium. *Belgian Journal of Medical Oncology, 8 (2)*, 206-212.
- Cosyns, V., (2007). *De Psychologische Impact van Werken op een Kinderoncologische Afdeling voor het Psycho-pedagogisch Team. Een onderzoek naar psychische gezondheidsproblemen, burn-out en posttraumatische stress*. Gedownload op 14 november 2014, van <https://www.chicom.be/kennis/de-psychologische-impact-van-werken-op-een-kinderoncologische-afdeling-voor-het-psycho>
- D'Haese, S. (2006). Het Begrip Levenskwaliteit: Wat betekent dit voor de verpleegkundige praktijk? *Oncologisch Tijdschrift, juni 2006 (2)*,8-12.
- Deckx, L., Akker, van den, M, Daniels, L., De Burghgraeve, T., Broeke, van den, C., Bulens, P. & Buntinx, F. (2013). *De Psychosociale Status en Leefsituatie van Oudere Kankerpatiënten*. Gedownload op 9 december 2015, van [https://www.chicom.be/sites/default/files/rapport\\_psychosociale\\_status\\_oudere\\_kankerpatienten.pdf](https://www.chicom.be/sites/default/files/rapport_psychosociale_status_oudere_kankerpatienten.pdf).

- Dozemans, E., van Marwijk H., van Schaik, A., Smit, F., Stek, M., van der Horst, H., Bohlmeijer, E., & Beekman, A. (2013). *Preventie van Depressie en Angst in Verzorgingstehuizen*. *Huisarts & Wetenschap*, 56 (4), 154- 158.
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzelen, A. (2014). The Prevalence of Burnout among Oncology Professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23, 1415-1422.
- Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. (z.d.). *Toekomstige Behoeftte aan Residentiële Ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025*. Geraadpleegd op 15 april 2015 van <http://kce.fgov.be/nl/publication/report/toekomstige-behoeftte-aan-residenti%C3%ABle-ouderenzorg-in-belgi%C3%AB-projecties-2011-2025>
- Fetter, K.L. (2012). We Grieve Too: One Inpatient Oncology Unit's Interventions for Recognizing and Combating Compassion Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (6), 559-561.
- Figley, C.R. (2003). *Compassion Fatigue: An Introduction*. Geraadpleegd op 29 april 2015 van <http://giftfromwithin.org/html/What-is-Compassion-Fatigue-Dr-Charles-Figley.html>
- Gabriëls, L. (2008). Levenskwaliteit: meten is weten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (5), 249-251.
- Geuens, N. & Franck, E. (2013). *Burn-out in de Hulpverlening: Wat maakt verpleegkundigen zo kwetsbaar (eindrapport)?* Expertisecentrum Psychisch Welzijn in Patiëntenzorg Karel de Grote-Hogeschool, Antwerpen.
- Guveli, H., Anuk, D., Oflas, S., Guveli, M.E., Yildirim, N.K., Ozkan, M. & Ozkan, S. (2014) Oncology Staff: Burnout, Job Satisfaction and Coping with Stress. *Psycho-Oncology*, 24, 926-931.
- Kankerregister (z.d.) *Cijfers over Kanker*. Geraadpleegd op 17 maart 2015 van [http://www.kankerregister.org/Cijfers\\_over\\_kanker](http://www.kankerregister.org/Cijfers_over_kanker)
- Langenaeken, C., & Rombouts, W. (2014). Caring for the Oncologist: Caregiver stress and staff support in oncology. *Belgian Journal of Medical Oncology* 8 (2), 38-43.

- Leblanc N. (2015). Secundaire Traumatisering. Lijden doet lijden. *Weliswaar*, 124 (juni-juli), 4-8.
- Lu, L., Pan, B., Sun, W., Cheng, L., Chi, T., & Wang, L. (2010). Quality of Life and Related Factors among Cancer Caregivers in China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 505-513.
- Meyer, R., M., L., Li, A., Klaristenfeld, J., & Gold, J. (2015). Pediatric Novice Nurses : Examining Compassion Fatigue as a Mediator Between Stress Exposure and Compassion Satisfaction, Burnout, and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (1), 174-183.
- Ostacolli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Picci, R.L., Tempia, P., Ciura, P. la, & Furlan, P.M. (2010). Comparison of Experienced Burnout Symptoms in Specialist Oncology Nurses Working in Hospital Oncology Units or in Hospices. *Palliative and Supportive Care*, 8, 427-432.
- Potter, P., Deshields, T., Berger, T.A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40 (2), 180-187.
- Shanafelt, T.D., Cradishar, W.J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A.E., Chu, Q., Sloan, J., & Raymond, M. (2014). Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. *Journal of Clinical Oncology* 32 (7), 678-686.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2<sup>nd</sup> Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Terakado, A., & Matsushima, E. (2015). Work Stress among Nurses Engaged in Palliative Care on General Wards. *Psycho-Oncology*, 24, 63-69.
- Theodore Isaac Rubin. (z.d.). BrainyQuote.com. Retrieved November 24, 2015, from BrainyQuote.com Web site: <http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/t/theodoreis126226.html>



- Van Doorslaer, N. (2007). Werkstress bij Psychologen in de Psychosociale Oncologie. Gedownload op 14 november 2014, van <https://www.chicom.be/kennis/werkstress-bij-psychologen-de-psychosociale-oncologie>
- Vanbelle, E, De Witte, H., Moerenhout, E., Vandenbroeck, S., Vanhaecht, K. & Godderis, L. (2013). Burn-out in de Zorg: Afbakening en overzicht van oorzaken en gevolgen. Van de Borgh, M., in Handboek HR in de Zorg: Beleid en Praktijk. Gezondheid p. 1/1 – 1/19. Politeia.
- Vandenbroeck, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Sercu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Sermeus, W., & Godderis, L. (2012). *Een Onderzoek naar Burn-out en Bevlogenheid bij Artsen en Verpleegkundigen in Belgische Ziekenhuizen* (samenvattend rapport). In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE.
- Vlaanderen.be (z.d.). *Woonzorgcentra (vroeger rusthuizen)*. Geraadpleegd op 17 maart 2015, van <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>
- Wentzel, D. & Brysiewicz, P. (2014). The Consequence of Caring Too Much: Compassion Fatigue and the Trauma Nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 40 (1), 95-97.
- Wijk, A.J. van. (2001). Levenskwaliteit is een Dynamisch Concept. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 118, 126-128.
- World Health Organisation (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva. World Health Organisation.
- Yoder, E.A. (2010). Compassion Fatigue in Nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197.

## BIJLAGEN

|  |    |
|--|----|
| 1. Vragenlijst persoonsgegevens                | 35 |
| 2. Overzicht gecontacteerde wzc's uit de regio | 36 |
| 3. Begeleidende brief                          | 37 |

**VRAGENLIJST PERSOONSgegevens**

Man  Vrouw

Leeftijd: .....

*Wat is uw burgerlijke status?*

Alleenstaand  Samenwonend  Gehuwd

Gescheiden  Weduwe/weduwnaar  Nieuw samengesteld gezin

*Heeft u kinderen?* Ja  Nee

*Zo ja, hoeveel kinderen en wat is hun leeftijd?*

.....  
.....

*Hoeveel jaren anciënniteit heeft u?* .....

*Werkt u:*

Fulltime  Parttime  (.....%)

*Komt u tijdens uw dagelijkse job als verpleegkundige in contact met oncologische patiënten?*

Ja  Nee

Heb ik geen zicht op (diagnose van de bewoners is ongekend)

*Welk (hoogste) diploma heeft u behaald?*

gebrevetteerd verpleegkundige (A2)  gegradueerd verpleegkundige (A1)

*Heeft u bijkomende opleidingen gevolgd?*

Ja  Nee

Zo ja, Inzake communicatie

Inzake oncologische zorg

Inzake palliatieve zorg

Andere, zoals.....

.....  
.....  
.....

## OVERZICHT GECONTACTEERDE WZC'S

| WZC                                  | ADRES                             | ADRES                    | TEL            | MAIL                                      | CONT<br>ACT | DEELN<br>AME | AAN<br>TAL |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|---|-------------|--------------|------------|
| <b>De<br/>Vliedber<br/>g</b>         | Ruddershov<br>e 1                 | 8000<br>Brugge           | 050/32<br>7000 | (Zie ocmw Brugge)                         | Ok          | ja           |            |
| <b>Herders<br/>hove/<br/>Curando</b> | Oude<br>Oostendsest<br>eenweg 95  | 8000<br>Brugge           | 050/45<br>5050 | Via site                                  | ok          | nee          |            |
| <b>Sint-<br/>Jozef</b>               | Spoorwegstr<br>aat 250            | 8200 St-<br>Michiels     | 050/30<br>3111 | /   | ok          | nee          |            |
| <b>Van<br/>Zuylen</b>                | Geraalaan 50                      | 8310 St-<br>Kruis        | 050/32<br>7900 | Marijke.dobbels@ocm<br>w-brugge.be        | ok          | ja           | 120        |
| <b>De<br/>Strandju<br/>tter</b>      | F.Masereella<br>an 9              | 8370<br>Blanken<br>berge | 050/43<br>1201 | Veronique.cappon@oc<br>mw-blankenberge.be | Ok          | Ja<br>papier | 17         |
| <b>Godtsch<br/>alck</b>              | Dr. Eduard<br>Moreauxlaa<br>n 322 | 8400<br>Oostend<br>e     | 059/32<br>2604 | zeemanshuisgodtschal<br>ck@skynet.be      | Ok          | Ja<br>papier | 15         |
| <b>A.Lacour<br/>t</b>                | Rode<br>Kruisstraat<br>10         | 8400<br>Oostend<br>e     | 059/40<br>2492 | (zie de boarebreker)                      | Ok          | nee          |            |
| <b>De<br/>Boarebr<br/>eker</b>       | Kairostraat<br>82                 | 8400<br>Oostend<br>e     | 059/55<br>5024 | Nele.vandewiele@sho.<br>be                | Ok          | nee          |            |
| <b>Duneroz<br/>e</b>                 | Koninklijke<br>Baan 90            | 8420<br>Wendui<br>ne     | 050/43<br>3000 | /   | Ok          | Ja<br>papier | 22         |
| <b>Wackerb<br/>out</b>               | Duinenstraat<br>106               | 8450<br>Bredene          | 059/33<br>9770 | Emily.lhoest@ocmwbr<br>edene.be           | Ok          | Ja<br>papier | 20         |
| <b>Zilverdui<br/>n</b>               | Vosseslag<br>143                  | 8420<br>Klemske<br>rke   | 059/25<br>5700 | n.matroye@orpea.net                       | ok          | Ja<br>papier | 8          |
| <b>Polderzi<br/>cht</b>              | A.Rodenbac<br>hstraat 12          | 8370<br>Blanken<br>berge | 050/63<br>3600 | info@lindeboom.be                         | Ok          | nee          |            |
| <b>St-<br/>Monica</b>                | Ooievaarslaa<br>n 3               | 8400<br>Oostend<br>e     | 059/55<br>1100 | ad@st-monica-<br>oostende.be              | Ok          | nee          |            |

## **BEGELEIDENDE BRIEF**

Beste meneer/mevrouw,

In het kader van mijn postacademische vorming psycho-oncologie aan de UGent, doe ik een **onderzoek** naar mogelijke effecten van het werken met oncologische patiënten voor **verpleegkundigen werkzaam in een wzc**. Hierbij wil ik ook een aantal persoonsgebonden factoren in kaart brengen, om na te gaan of die hierin een bepaalde rol spelen.

Bijgevoegd vindt u **2 vragenlijsten**. Allereerst worden enkele persoonsgegevens bevraagd, alsook wat algemene info mbt. uw werksituatie. Vervolgens vindt u de vragenlijst 'ProQOL'. Deze vragenlijst bestaat uit 30 items en meet de positieve en negatieve effecten van werken met mensen die stressvolle gebeurtenissen meemaakten, zoals bijvoorbeeld verhuis naar een WZC, gediagnosticeerd zijn met een ernstige ziekte, palliatief zijn, verlies van een significant persoon, etc. Het invullen zal ongeveer **10 minuten** van uw tijd innemen.

Het zou voor mij een grote hulp zijn, mocht u de tijd vinden deze vragenlijsten (volledig) in te vullen!

Alle gegevens worden **anoniem** verwerkt; u mag de ingevulde vragenlijsten in gesloten omslag bezorgen aan uw verantwoordelijke.

Nadien worden de algemene bevindingen gecommuniceerd en teruggekoppeld naar de instelling waar u tewerkgesteld bent. Indien u hierin geïnteresseerd bent, kan u desgewenst bij uw verantwoordelijke terecht of kunt u me bereiken via

[Danielle.Vanoutrive@Duneroze.be](mailto:Danielle.Vanoutrive@Duneroze.be) of van maandag tem donderdag tijdens de werkuren via 050/433044.

Aarzel niet mij te contacteren indien u nog bijkomende vragen heeft.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Danielle Vanoutrive

Lic. Klinische psychologie – wzc Duneroze