

# **De psychologische impact van werken op een kandoncologische afdeling voor het psycho-pedagogisch team.**

## **Een onderzoek naar psychische gezondheidsproblemen, burn-out en posttraumatische stress**

**Veerle Cosyns**

### **SAMENVATTING**

In deze pilootstudie gaan we na of het ondersteunen van kinderen met kanker en hun gezin leidt tot het ontstaan van klachten bij het psycho-pedagogisch team.

Meer dan 90 % van de populatie beantwoordde de vragenlijsten, waaronder 7 psychologen en 6 pedagogisch medewerkers (d.i. met inbegrip van 1 creatief therapeut). Aan de hand van drie vragenlijsten (GHQ-28, UBOS en ZIL) hebben we onderzocht in welke mate er psychische gezondheidsproblemen, burn-out en posttraumatische stress bij het psycho-pedagogisch team is. Naast een beschrijving van de frequentie en de intensiteit van de klachten, was het tevens ons opzet te onderzoeken of er een verschil was tussen de scores naargelang de functies.

De resultaten wijzen op psychische gezondheidsproblemen, burn-out en een zekere mate van indirect trauma ten gevolge van het emotioneel ondersteunen van kandoncologische patiënten en hun gezin. Vooral opvallend zijn de grote verschillen in frequentie en intensiteit van klachten naargelang de functie. Psychologen zijn in tegenstelling tot hun collega's pedagogische medewerkers veel kwetsbaarder om pathologie te ontwikkelen en dit vooral op vlak van emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en somatische problemen. De biografische- en werkgegevens kunnen deze verschillen niet verklaren. Bijgevolg beklemtonen we de noodzaak voor verder, meer diepgaand onderzoek.

We hopen dat er dankzij deze studie een verhoogde waakzaamheid komt voor de psychologische impact die het werk heeft op het psycho-pedagogisch team wat op zijn beurt moet resulteren in oog voor preventie en, indien nodig, voor behandeling.

### **INLEIDING**

In bedrijven groeit steeds meer het bewustzijn dat het fysieke en psychische welzijn van een werknemer uitermate belangrijk is. Dit geldt zeker voor de gezondheidssector omdat voor hulpverleners het lichaam en de geest de belangrijkste werkinstrumenten zijn in het contact met patiënten. Nochtans blijkt in de literatuur dat vooral bij gezondheidswerkers een hoge frequentie en intensiteit van fysieke en mentale gezondheidsproblemen en 'burn-out' voorkomt (Hardy, Shapiro & Borrill, 1997; Ramirez, Graham, Richards, Cull & Gregory, 1996; Guthrie, Tattan, Williams, Black & Bacliocotti, 1999). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de *werksetting* bijdraagt tot het ontstaan van klachten. Artsen en verpleegkundigen die werken met ernstig zieke mensen en vaak contact hebben met stervende patiënten, voelen een hoge emotionele belasting wat leidt tot psychopathologie (Alexander & Klein, 2001; Ablett & Jones, 1996; Catalan, Burgess, Pergami, Hulme, Gazzard & Philips, 1996; Dorz, Novara, Sica & Sanavio, 2003; Kash, Holland, Breitbart, Berenson, Dougherty, Quelette-Kobasa & Lesko, 2000; Rudolph, Stamm & Stamm, 1997). Een verklaring hiervoor is dat de constante confrontatie met pijn en sterven kan leiden tot gevoelens van hulpeloosheid en falen. Meer zelfs, Clark en Gioro (1998) menen dat verpleegkundigen 'indirect

getraumatiseerd' zijn ten gevolge van de hulp die ze bieden aan getraumatiseerde kankerpatiënten<sup>1</sup>.

Niet alleen de werksetting, maar ook andere *werkkenmerken* beïnvloeden het ontstaan van burn-out. Zo werkt identificatie en een grote emotionele belasting faciliterend. Graham, Ramirez, Cull et al (1996) stellen dat de emotionele belasting groter is naarmate de patiënten jonger zijn of naarmate de identificatie met patiënten groter is. Schaufeli en Van Dierendonck (2000) beschrijven hoe specifieke taakeisen zoals veelvuldig face to face contact en de frequente confrontatie met lijden en dood bijdragen tot het ontstaan van burn-out. Omdahl en O'Donnell (1999) vinden in hun onderzoek geen verband tussen burn-out en werkervaring maar merkte op dat het zelf hebben van familiale problemen het ontstaan van burn-out beïnvloedt. De wijze waarop een hulpverlener empathische betrokken is in de relatie met zijn patiënt kan eveneens een invloed hebben op het al dan ontstaan van klachten (Maytum, Bielski & Garwick, 2004).

Naast werkgerelateerde factoren, kunnen ook *biografische kenmerken* het ontstaan van klachten faciliteren. Schaufeli en Van Dierendonck (2000) beschrijven hoe een aantal biografische kenmerken een invloed hebben op burn-out: naarmate het opleidingsniveau hoger is de emotionele uitputting en de mate van persoonlijke bekwaamheid hoger en de score op depersonalisatie lager. Vrouwen scoren hoger op emotionele uitputting.

Hoewel vele auteurs aangeven dat hulpverleners, regelmatig geconfronteerd met lijden en dood, kwetsbaar zijn, merken Ablett en Jones (2006) op dat verzorgers uit de palliatieve setting hun werk als zeer voldoeninggevend en verrijkend beschouwen, omdat ze toegelaten worden in de intieme sfeer van een stervensproces. Wij veronderstellen dat hierdoor de eigen problemen sneller gerelativeerd worden wat zou kunnen leiden tot een intenser *gevoel van tevredenheid* met de eigen levenssituatie.

We willen de lezer erop attent maken dat alle hierboven vermelde studies over stress en emotionele gezondheid, gebeurd zijn bij gezondheidswerkers die zich voornamelijk bezig houden met de lichamelijke zorg voor volwassen en pediatrie oncologiepatiënten, zoals artsen en verpleegkundigen. Er is ons geen studie bekend die emotioneel welzijn onderzoekt nagaat bij de zorgverleners die zich vooral richten op de emotionele ondersteuning van pediatrie oncologiepatiënten, zoals pedagogische medewerkers of spelbegeleiders, creatief therapeuten en psychologen. Deze pilootstudie wil een eerste aanzet geven om dit tekort weg te werken.

Gebaseerd op bestaande literatuur, willen we in deze studie nagaan en beschrijven wat de klachten zijn in onze populatie en in welke mate. Ook zoeken we of er verschillen zijn in kwetsbaarheid naargelang de functie. Ten slotte vragen we ons af of het ondersteunen van zwaar zieke kinderen helpt om eigen problemen bij de hulpverleners te relativiseren en dus bijdraagt tot een groter tevredenheidsgevoel. We willen er wel meteen op wijzen dat de laatste vraagstelling niet zozeer vanuit literatuuronderzoek is ontstaan maar louter vanuit pure nieuwsgierigheid. De theoretische onderbouw ontbreekt hierbij en we zullen de lezer de resultaten meegeven zonder het belang ervan te overschatten. Aan de hand van het bovengenoemde komen tot de volgende drie vraagstellingen:

---

1 Hoewel het belang ervan in de praktijk nog vaak wordt miskend, wijst onderzoek erop dat de diagnose en behandeling van kanker een zodanige existentiële bedreiging vormt, dat het traumatiserend is (Cordova, Studts, Hann et al, 2000; Ronson, 2005; Smith, Redd, Peyser et al, 1999).

- 1 Wat is de psychologische impact van werken in een kinderoncologische setting voor het psycho-pedagogisch team. We bepalen dit aan de hand van een beschrijving van de frequentie en intensiteit van psychisch welzijn, burn-out en posttraumatische stress bij het psycho-pedagogische team.
- 2 Aangezien we uitgaan van de hypothese dat de setting bepalend is voor het ontstaan van klachten en niet zozeer de functie, veronderstellen we geen significante verschillen tussen psychisch welzijn, burn-out en posttraumatische stress tussen de twee beroeps categorieën:
  - Hypothese 0: er zijn geen significante verschillen tussen de functie en de (sub)schaalscores voor de GHQ-28, de UBOS en de ZIL.
  - Hypothese a: Er zijn wel significante verschillen tussen de functie en de (sub)schaalscores voor de GHQ-28, de UBOS en de ZIL.
- 3 Hoe groot is het tevredenheidsgevoel bij onze populatie.

### Theoretische concepten

Onder *psycho-pedagogisch team* verstaan we de begeleiders uit verschillende disciplines die allen als hoofdtaak hebben om het kind en zijn gezin emotioneel te ondersteunen. Er zijn in deze groep drie beroeps categorieën te onderscheiden: de psychologen, de pedagogisch medewerkers en de creatief therapeuten. We onderzoeken de mate van burn-out, psychisch welbevinden en posttraumatische stress bij deze begeleiders.

*Psychisch welbevinden* betekent de mate waarin iemand zich goed voelt en in staat is om op een normale manier te functioneren ( Koeter& Ormel, 1991; Goldberg, 1978).

*Burn-out* verwijst als metafoor naar een toestand van psychische uitputting die binnen het werk ervaren wordt. Het leidt tot disfunctioneren bij gezonde mensen. Maslach (1986) heeft burn-out gedefinieerd als een syndroom bestaande uit drie componenten. De eerste component is *emotionele uitputting* of het gevoel helemaal ‘op’, ‘leeg’ te zijn als gevolg van het werk. De tweede, *depersonalisatie*, geeft de mate aan waarop iemand een onverschillige, onpersoonlijke, negatieve en cynische houding ten opzichte van mensen heeft waar men dagelijks mee werkt. De derde dimensie, *persoonlijke bekwaamheid*, beschrijft in hoeverre men zich in staat voelt om het werk goed te doen.

*Posttraumatische stress* kan optreden als een betrokkene blootgesteld is aan (een) ernstige levensgebeurtenis(sen) die de psychische of fysieke integriteit aantast, waardoor het gevoel van basisveiligheid ernstig wordt aangetast. Er is sprake van een posttraumatische stressstoornis(PTSS) als de persoon nadien deze traumatische ervaring voortdurend *herbeleeft*, de prikkels die bij het trauma horen *vermijdt* en hij/zij ten gevolge van het trauma ook prikkelbaar is, wat in deze context *hyperarousal* wordt genoemd (*HA*). De stress ten gevolge van het willen helpen van een getraumatiseerde persoon wordt *indirect, plaatsvervangend trauma* genoemd ( Maytum, Bielski Heiman en Garwick, 2004).

## ONDERZOEKSOPZET

### Werkwijze

*Populatie:* Vlaanderen telt 4 pediatrie oncologieafdelingen, die verbonden zijn aan een universitair ziekenhuis (Brussel, Gent, Leuven, Antwerpen). Het aantal medewerkers in het team hangt sterk af van ziekenhuis tot ziekenhuis. In totaal zijn er 5 pedagogisch medewerkers, 8 psychologen en 2 creatief therapeuten, wat de totale doelgroep op 15 personen brengt. De leerkrachten en de maatschappelijk werkers verbonden aan het ziekenhuis, zijn niet in de studie betrokken omdat emotionele ondersteuning tijdens het ziekteproces niet hun hoofdtaak is.

*Procedure:* Alle personen zijn via een contactpersoon (een psycholoog) uit het eigen ziekenhuis uitgenodigd om aan deze studie deel te nemen. Daarbovenop zijn zij via een brief extra aangemoedigd hun gegevens door te geven omwille van het kleine aantal proefpersonen. De vragenlijsten mochten op anonieme wijze beantwoord worden

*Methode:* Bijna alle gegevens, met uitzondering van enkele biografische en werk gegevens zijn bevraagd via vragenlijsten met gesloten vragen. De drie hoofdcomponenten m.n. psychische gezondheidsproblemen, burn-out en posttraumatische stress van de studie zijn onderzocht aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Daarnaast is bijkomende informatie ingewonnen over de persoonlijke levens- en werkkarakteristieken.

### Meetinstrumenten

*Biografische data:* informatie werd ingewonnen over leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en aantal kinderen en opleidingsniveau.

*Gegevens van het werk* vragen naar het tewerkstellingspercentage, de ervaring en de functie. Daarnaast is ook gepeild naar de intensiteit van het patiëntencontact binnen en eventueel buiten het ziekenhuis en het al dan niet lid zijn van een palliatief team.

*Psychisch welzijn* wordt gemeten aan de hand van de Nederlandstalige *GHQ-28* (Koeter & Ormel, 1991). De GHQ-28 is een zelfbeoordelingvragenlijst waarin 28 items peilen naar ongewone en onaangename psychische belevingen en het onvermogen van een persoon om normaal te blijven functioneren. Naast een algemene maat voor psychisch welbevinden, gescoord volgens de geadviseerde GHQ-scoring, levert de GHQ-28 ook dimensionele scores op, al zijn deze dimensies sterk gerelateerd. Via 4 subschalen, elk bestaande uit 7 items worden volgende psychologische symptomen opgespoord: somatische stoornissen (*A*), angstproblemen en slapeloosheid (*B*), sociaal disfunctioneren (*C*) en depressie (*D*). De handleiding adviseert om voor deze subschaalscores de Likert-scoring te gebruiken. Daarbovenop laat een totaalscore toe om het voorkomen van psychologische morbiditeit te bepalen (geadviseerde cut-off vanaf 6). Hoe hoger de score, hoe groter de kans op de diagnose van een psychiatrische stoornis. De test heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit.

De mate van *burn-out* wordt via de *UBOS*, de Utrechtse Burn-out Schaal (Schaufeli W.; Van Dierendonck D., 2000) gemeten. De *UBOS* is de Nederlandse bewerking van de Maslach Burn-out Inventory. De test kent drie versies. Wij gebruiken de *UBOS-C*, m.n. de versie voor beroepen waar intensief met mensen wordt gewerkt. De vragenlijst peilt naar de aanwezigheid van burn-out symptomen aan de hand van volgende drie schalen: emotionele uitputting (*EU*), mentale distantie of depersonalisatie (*DP*) en verminderde persoonlijke

bekwaamheid (*PB*). Indien een persoon hoog tot zeer hoog scoort op EU en op DP en laag tot zeer laag op PB heeft deze alle klinische kenmerken van werkgerelateerd neurastheen (burned-out). De psychometrische kwaliteit van de test is goed.

De aanwezigheid van *posttraumatische stress* wordt gemeten met de ZIL, de Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis (Hovens, Bramsen en van der Ploeg, 2000). De test omvat 22 items die gescoord worden van 1 (geheel niet) tot 4 (in sterke mate). De vragen zijn geformuleerd zonder verwijzing naar een trauma. De totaalscore wordt onderverdeeld in subscores: 6 items peilen naar herbeleven (*HB*), 9 items naar vermijding (*VM*) en 7 items naar hyperarousal (*HA*). De interpretatie van de ZIL kan op verschillende manieren gebeuren. Wij bekijken in dit onderzoek de scores op twee manieren: (a) door bij een totaalscore van 52 en meer de geïnterviewde klinisch als posttraumatisch te beschouwen en (b) de resultaten te vergelijken met normtabellen voor de gewone populatie. De psychometrische eigenschappen van de test zijn bevredigend.

Er is ook nagegaan wat het *gevoel van tevredenheid* is over het eigen leven. Daarvoor werd het gemiddelde gemaakt van de antwoorden op de vijf vragen die allen peilen naar het tevredenheidsgevoel over de huidige levenssituatie waarbij 1 zeer ontevreden en 7 een maximale tevredenheid betekent. De vragenlijst zelf is ontleend bij Van Doorslaer N. (2007). Baillon C (2003) geeft aan dat volgens Van Veenhoven het direct bevragen van tevredenheid valide en betrouwbaar. Er zijn ons voor deze schaal geen normtabellen bekend.

## Statistische analyse

De data zijn gecodeerd en geanalyseerd aan de hand van SPSS. Er zijn twee testen gebruikt: de Mann-Whitney test en de Fischer's exact toets. De Mann-Whitney is een niet-parametrische test voor de analyse van data op intervalniveau waarmee wordt nagegaan of twee onafhankelijke groepen dezelfde mediaan hebben. De Fisher's exact test is een afhankelijkheidstoets voor de analyse van data op nominaal niveau en wordt als alternatief gebruikt voor de gekende Chi-kwadraat test als het onderzoek een te kleine populatie heeft (Despontin, Lombaert en Van Roy et al, 2003). Het significantieniveau werd ingesteld op 0,05.

## RESULTATEN.

### Analyse van de doelgroep<sup>2</sup>

*Responspercentage:* Van de 15 opgestuurde vragenlijsten zijn er 14 beantwoord (93 %) wat een zeer goede responsrate is. Van de 8 psychologen beantwoordden er 7 de vragenlijst en van de pedagogisch medewerkers/creatief therapeuten was dit 6 op 7. Eén persoon heeft een aantal socio-demografische en werkgerelateerde gegevens niet ingevuld. Zo gaf ze niet aan welke functie ze uitoefende waardoor zij niet kan ondergebracht worden in één van beide groepen.

---

2 We hebben bij het bespreken van de resultaten de functie van creatief therapeut (N=1) ondergebracht bij de groep van pedagogische medewerkers (N=6). We merken op dat dit de nauwkeurigheid in de bespreking van de resultaten compromitteert maar anderzijds de privacy van de respondenten in de bespreking waarborgt.

*Biografische - en werkgegevens (tabel 1):* Alle 14 proefpersonen zijn van het vrouwelijke geslacht met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. Meer dan de helft van de respondenten zijn getrouwd.

Negen personen hebben kinderen, 8 ervan hebben kinderen die tot dezelfde leeftijdscategorie behoren als hun patiënten (tussen 0 en 16 jaar). Zowel bij de psychologen als bij de pedagogisch medewerkers heeft het merendeel zelf kinderen

<b>Populatie</b>	<b>Psycho Ped N=14</b>		<b>Psy N=7</b>		<b>Ped Med N=6</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Geslacht</b>						
Vrouwelijk	14	100	7	100	6	100
<b>Burg. Staat</b>						
Alleenstaand	3	21,4	1	14,3	2	33,3
Samenwonend	1	7,1	1	14,3	0	0
Getrouwd	8	57,2	4	57,1	3	50
Gescheiden	2	14,3	1	14,3	1	16,7
<b>Kinderen</b>						
Nee	3	21,4	1	14,3	2	33,3
Tussen 0 – 16	9	64,2	6	85,7	2	33,3
+ 16 jaar	2	14,3	0	0	2	33,3
<b>Post - opleiding</b>						
Ja	9	64,2	7	100	2	33,3
<b>Werkpercentage</b>						
100 %	4	28,5	2	26,6	2	33,3
75 – 80 %	8	57,2	5	71,4	3	50
50 – 60 %	2	14,3	0	0	1	16,7
<b>Lid van PST</b>						
Ja	9	64,2	7	100	2	33,3
<b>Contact buiten ZH</b>						
Ja	10	71,4	6	85,7	4	66,6

De populatie bestaat uit 7 universitair en 5 hogeschoolden. Eén persoon heeft geen hoger onderwijs gevolgd. Alle universitair volgden een bijkomende opleiding aansluitend op het werk, bij de groep pedagogisch medewerkers zijn dit er 2.

Amper 1/3de van de psycho-pedagogische begeleiders hebben een fulltime functie: 2 van de 7 psychologen en 2 van de 6 pedagogische medewerkers. De overigen zijn tussen 80% en 50% tewerkgesteld. Alle psychologen en twee pedagogische medewerkers zijn betrokken bij de palliatieve thuiszorgwerking. 10 van de 14 deelnemers hebben contact met de patiënten en/of hun gezin buiten het ziekenhuis, dit zijn 6 psychologen en 4 pedagogisch medewerkers.

### **Onderzoek naar de psychologische impact**

Psychologen scoren over de ganse lijn slechter/hoger op de vragenlijsten die peilen naar psychische gezondheid, burn-out en posttraumatische stress dan hun collega's pedagogische medewerkers. Er zijn significante verschillen gevonden tussen beide functies wat betreft emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en somatische klachten. Twee deelnemers op de veertien geven problemen aan op alle onderzochte dimensies. Beide zijn psychologen.

*Psychisch welzijn (GHQ-28):* Bijna de helft van de deelnemers hebben in min of meerdere mate psychologische gezondheidsproblemen. Het merendeel hiervan zijn psychologen. Behalve voor de subschaal somatische problemen zijn er voor beide functies geen significante verschillen op de subschaalscores.

**Tabel 2 GHQ-28: de gemiddelde subschaalscores en gemiddelde GHQ-28 totaalscore en de gemiddelde scores van de normgroep<sup>3</sup>**

	<b>Psycho Ped</b> <b>N=14</b> <b>M (sd)</b>	<b>Psy</b> <b>N = 7</b> <b>M (sd)</b>	<b>Ped Med</b> <b>N = 6</b> <b>M (sd)</b>	<b>Normgroep</b> <b>N = 258</b> <b>M</b>
<b>A. Somatische prob.</b>	6,29(4,29)	8,28(3,94)	3,17(2,71)	6,7
<b>B. Angst en slapeloosheid</b>	6,14(4,04)	7,71(4,30)	4,16(3,43)	6,0
<b>C. Sociaal disfunctioneren</b>	7,93(2,53)	9,00(3,21)	6,83(0,98)	6,9
<b>D. Depressie</b>	1,71(3,15)	2,43(4,23)	1,17(1,60)	1,6
<b>Totaalscore GHQ-28</b>	5,21(5,63)	7,57(6,92)	2,33(2,66)	4,69

De gemiddelde totaalscore op de GHQ-28 bij het psycho-pedagogisch team is 5,21 (sd= 5,63). Op 14 proefpersonen scoorden 6 (42,9%) personen gelijk of boven het afbreekpunt (totaalscore van zes en meer). Volgens functie betekent dit dat 4 psychologen ( 57% ) en 1 (16,7 %) van de pedagogisch medewerkers psychische gezondheidsproblemen hebben. Fischer's exact test geeft echter geen significant verschil aan ( $\chi^2=0,237$ ;  $df=1$ ,  $P=0,266$ ). Op alle subschalen scoren de psychologen boven het normgemiddelde ( behalve voor depressie zijn de psychologen vergelijkbaar met het normgemiddelde van de huisartspatiënten<sup>4</sup>), terwijl de pedagogisch medewerkers over de hele lijn onder het normgemiddelde van de gewone populatie scoren.

**Tabel 3 GHQ - 28: Gemiddelde subschaalscores en gemiddelde totale score**

<b>GHQ - 28</b>	<b>Psycho Ped</b> <b>N=14</b>		<b>Psy</b> <b>N=7</b>		<b>Ped Med</b> <b>N=6</b>	
	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>	<b>Freq</b>	<b>%</b>
<b>Totaalscore</b>						
<b>Onder afbreekpunt</b>	8	57,1	3	42,9	5	83,3
<b>Boven afbreekpunt</b>	6	42,9	4	57,1	1	16,7
<b>Subschalen</b>						
<b>Somatische stn</b>						
<b>Onder M norm</b>	7	50	2	28,6	5	83,3
<b>Boven M norm</b>	7	50	5	71,4	1	16,7
<b>Angst &amp; Slapeloosheid</b>						
<b>Onder M norm</b>	7	50	2	28,6	4	66,7
<b>Boven M norm</b>	7	50	5	71,4	2	33,3
<b>Sociaal Disfunctioneren</b>						
<b>Onder M norm</b>	2	14,3	0	0	1	16,7
<b>Boven M norm</b>	12	85,7	7	100	5	83,3
<b>Depressie</b>						
<b>Onder M norm</b>	10	71,4	5	71,4	4	66,7
<b>Boven M norm</b>	4	28,6	2	28,6	2	33,3

3 Koeter & Ormel (1991), pg 25 en 26: Normgroep algemene bevolking en normgroep subschalen algemene bevolking.

4 Koeter & Ormel (1991), pg 26: normgroep huisartspatiënten : Som.Probl: M=8,2; Angst: M=7,6; Soc. Disf.: M=8,0; Depressie: M=5,2

De psychologen hebben de hoogste gemiddelde totaalscore ( $M=7,57$ ;  $sd=6,92$ ). Opvallend is de hoge gemiddelde score op de subschaal die peilt naar somatische problemen ( $M=8,28$ ;  $sd=4,29$ ). Vijf op zeven psychologen (71,4%) scoren op deze subschaal boven het gemiddelde voor de somatische problemen. De Mann-Whitney toets ( $z=-2,380$ ;  $P<0,02$ ) geeft een significant verschil aan tussen beide functies. Nazicht van gemiddelde rangscores (psy: 9,36 versus ped. med.: 4,25) toont aan dat de psychologen significant hoger scoren.

Net als bij de psychologen scoren ook de meeste pedagogisch medewerkers (83%) voor de subschaal sociaal disfunctioneren boven het gemiddelde van de normgroep. Bij de psychologen ligt de gemiddelde subschaalscore ( $M=9,00$ ;  $sd=3,21$ ) boven het normgemiddelde. Bij de pedagogisch medewerkers ( $M=6,83$ ;  $sd=0,98$ ) is er quasi geen verschil met het normgemiddelde.

Voor de subschalen angst & slapeloosheid en depressie scoren de meeste pedagogisch medewerkers onder het gemiddelde (respectievelijk 83,3%, 66,7% en 66,7%).

*Burn-out:* Op de veertien deelnemers komen er twee in aanmerking voor de klinische diagnose werkgerelateerd neurastheen (burned-out). Beide zijn psychologen. Er zijn significante verschillen gevonden tussen beide functies voor de subschaal emotionele uitputting en de mate van persoonlijke bekwaamheid. Psychologen scoren significant lager dan de pedagogisch medewerkers. Onze populatie heeft een lagere score dan de normgroep qua depersonalisatie. Vooral de pedagogisch medewerkers hebben een lage score op depersonalisatie

**Tabel 4 UBOS-C: de gemiddelde subschaalscores en de gemiddelde scores van de normgroep<sup>5</sup>**

	<b>Psy Ped team</b> <b>N=14</b> <b>M (sd)</b>	<b>Psy</b> <b>n = 7</b> <b>M (sd)</b>	<b>Ped Med</b> <b>n = 6</b> <b>M (sd)</b>	<b>Normgroep</b> <b>N = 13.076</b> <b>M (sd)</b>
<b>Emotionele Uitputting (EU)</b>	1,94(1,52)	2,98(7,08)	0,77(0,36)	1,78(0,99)
<b>Depersonalisatie (DP)</b>	0,67(0,80)	0,97(1,06)	0,30(0,24)	1,12(0,77)
<b>Pers. Bekwaamheid (PB)</b>	4,66(0,88)	4,14(0,86)	5,26(0,24)	4,21(0,80)

In het psycho-pedagogische team hebben 4 personen (33%) een hoge tot zeer hoge score op emotionele uitputting. Het zijn uitsluitend psychologen (ongeveer 60%). Pedagogische medewerkers scoren van zeer laag (33,3%) tot gemiddeld (33,3%). Gemiddelde scores op emotionele uitputting bij het psychopedagogische team ( $M=1,94$ ;  $sd=1,52$ ) zijn vergelijkbaar met de gemiddelde scores voor de normgroep ( $M=1,78$ ;  $sd=0,99$ ). Gedetailleerd onderzoek toont echter een aanzienlijk hogere gemiddelde score bij de psychologen ( $M=2,98$ ;  $sd=7,08$ ). De verschillen zijn significant: Mann-Whitney  $z=-2,877$ ;  $P<0,005$

De gemiddelde scores voor depersonalisatie bij de normgroep ( $M=1,12$ ;  $sd=0,77$ ) liggen hoewel lager, toch in dezelfde categorie dan de gemiddelde scores voor het psychopedagogische team ( $M=0,67$ ;  $sd=0,80$ ). De pedagogische medewerkers hebben een lagere gemiddelde score ( $0,30$ ;  $sd=0,24$ ). Slechts 2 personen (17%) op 14 scoren hoog tot zeer hoog op depersonalisatie, ook hier blijkt dat het opnieuw psychologen betreft. Niemand van de pedagogische medewerkers scoort hoog tot zeer hoog. Er zijn echter geen significante verschillen tussen beide functie gevonden.

Acht deelnemers (58 %) hebben een hoge tot zeer hoge score voor persoonlijke bekwaamheid, waaronder 2 psychologen en 5 pedagogisch medewerkers. De gemiddelde

5 Schaufeli et al (2000), pg 46: UBOS-C normen voor werkenden.



score voor persoonlijke bekwaamheid ligt hoger bij de pedagogische medewerkers (M=5,26; sd=0,24). De verschillen zijn significant: Mann-Whitney  $z = -2,289$ ;  $P < 0,05$ . Nazicht van de gemiddelde rangwaarden laat ons toe uitspraken te doen over de richting van het verschil: psychologen PB: 4,71 versus pedagogisch medewerkers PB: 9,67. Dit betekent dat bij psychologen de mate van persoonlijke bekwaamheid significant lager ligt dan bij pedagogische medewerkers.

**Tabel 5 UBOS-C: Percentage gesitueerd binnen normgroep**

<u>Normgroep</u>	<u>Psycho Ped</u>		<u>Psy</u>		<u>Ped Med</u>	
	<u>N=14</u>		<u>N=7</u>		<u>N=6</u>	
	<u>Freq</u>	<u>%</u>	<u>Freq</u>	<u>%</u>	<u>Freq</u>	<u>%</u>
<b>UBOS EU</b>						
<b>Zeer Laag</b> = 0,39	2	14,3	0	0	2	33,3
<b>Laag</b> 0,38 - 0,99	2	14,3	0	0	2	33,3
<b>Gemiddeld</b> 1,00 - 2,37	6	42,9	3	42,9	2	33,3
<b>Hoog</b> 2,38 - 3,62	2	14,3	2	28,6	0	0
<b>Zeer Hoog</b> = 3,63	2	14,3	2	28,6	0	0
<b>UBOS DP</b>						
<b>Zeer Laag</b> = 0,19	3	21,4	1	14,3	2	33,3
<b>Laag</b> 0,20 - 0,59	6	42,9	3	42,4	3	50
<b>Gemiddeld</b> 0,60 - 1,59	3	21,4	1	14,3	1	16,7
<b>Hoog</b> 1,60 - 2,59	1	7,1	1	14,3	0	0
<b>Zeer Hoog</b> = 2,60	1	7,1	1	14,3	0	0
<b>UBOS PB</b>						
<b>Zeer Laag</b> = 2,99	1	7,1	1	14,3	0	0
<b>Laag</b> 3,00 - 3,70	1	7,1	1	14,3	0	0
<b>Gemiddeld</b> 3,71 - 4,70	3	21,4	3	42,9	0	0
<b>Hoog</b> 4,71 - 5,56	7	50,0	2	28,6	4	66,7
<b>Zeer Hoog</b> = 5,57	2	14,3	0	0	2	33,3

Twee personen voldoen aan alle criteria van een burn-out. Zij hebben een hoge tot zeer hoge score op emotionele uitputting (4,75; 5,25) en depersonalisatie (2,4; 2,6) en een lage tot zeer lage mate van persoonlijke bekwaamheid. (3,14; 3,0). Beide personen zijn psychologen.

*Posttraumatische stress*: hoewel twee deelnemers (psychologen) het afbreekpunt zeer dicht benaderen, overtreft geen enkele het afbreekpunt voor de diagnose posttraumatische stressstoornis.

Tien deelnemers (71%) uit onze proefgroep liggen boven de gemiddelde score voor de normgroep. De gemiddelde totaalscore bij onze populatie is 33,00 (sd= 8,48) met een variatie van minimum 23 tot maximum 51 (cut-off= 52). Twee personen, psychologen, (ruwe score 49 en 51, d.i. deciel 10 ) liggen zeer dicht bij de cut-off score (52). Er zijn geen grote verschillen tussen onze scores en die van de normgroep.

**Tabel 6 ZIL: Percentage gesitueerd boven en onder het gemiddelde van de normgroep**

<u>ZIL</u>	<u>Psycho Ped</u> N=14		<u>Psy</u> N=7		<u>Ped Med</u> N=6	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
<b>Totaalscore</b>						
<b>Onder M norm</b>	4	28,6	2	28,6	2	33,3
<b>Boven M norm</b>	10	71,4	5	71,4	4	66,7
<b>Subschalen</b>						
<b>Herbeleven</b>						
<b>Onder M norm</b>	8	57,1	3	42,9	4	66,7
<b>Boven M norm</b>	6	42,9	4	57,1	2	33,3
<b>Vermijden</b>						
<b>Onder M norm</b>	8	57,1	3	42,9	4	66,7
<b>Boven M norm</b>	6	42,9	4	57,1	2	33,3
<b>hyperarousal</b>						
<b>Onder M norm</b>	4	28,6	2	28,6	2	33,3
<b>Boven M norm</b>	10	71,4	5	71,4	4	66,7

Voor de subschalen herbeleven en vermijden liggen 8 van de 14 respondenten onder het gemiddelde van de normgroep. Als we opsplitsen naar functie zien we volgende scores: Voor de psychologen zien we dat voor deze subschaal er bijna evenveel boven als onder (3 onder versus 4 boven) het gemiddelde van de normgroep liggen. Bij de pedagogisch medewerkers behalen 4 op 6 (66,7%) een score onder het gemiddelde voor herbeleven en vermijden.

Voor de subschaal hyperarousal hebben 10 van de 14 deelnemers een score hoger dan de gemiddelde score van de normgroep. Onderzoek volgens functie geeft de volgende resultaten: 5 psychologen (71,4%) en 4 pedagogisch medewerkers (66,6%) scoren boven het normgemiddelde.

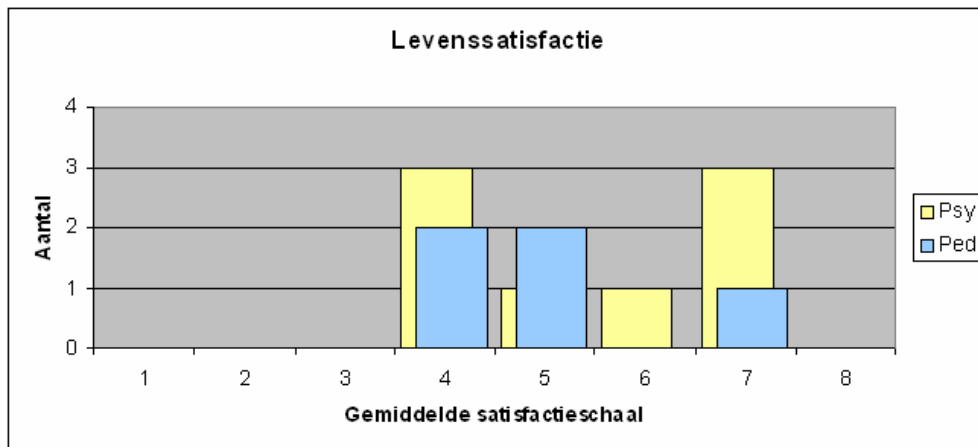
**Tabel 7 ZIL: de gemiddelde totaalscores en de gemiddelde subschaalscores en de gemiddelde scores van de normgroep<sup>6</sup>**

	<u>Psycho Ped team</u> N=14 M (sd)	<u>Psy</u> N = 7 M (sd)	<u>Ped Med</u> N= 6 M (sd)	<u>normgroep</u> M (sd)
<b>ZIL Totale score</b>	33,00(8,49)	34,42(11,10)	31,83(5,74)	29,00(8,29) N=7064
<b>ZIL Herbeleven</b>	8,00(2,21)	8,14(2,54)	8,00(2,19)	7,06(2,29) N=7080
<b>ZIL Vermijden</b>	13,14(4,52)	14,71(5,93)	11,66(1,97)	11,89(4,06) N=7081
<b>ZIL Hyperarousal</b>	11,85(3,25)	11,57(3,50)	12,17(3,54)	10,08(3,55) N=7083

6 Hovens et al (2000), pg 32: Gemiddelde scores ZIL totaal en subschalen normgroep populatie

## Tevredenheidsgevoel

Het psycho-pedagogische team is gemiddeld vrij tevreden over het eigen leven. Psychologen scoren gemiddeld een weinig hoger dan de pedagogisch medewerkers. De gemiddelde tevredenheidsscore voor de populatie is 4,64 (sd=1,19). Voor de psychologen is het gemiddelde 4,88 (sd=1,30) en voor de pedagogisch medewerkers gemiddeld 4,47 (sd=1,21). Er zijn geen statistische verschillen tussen beide functies.



Figuur 1 Tevredenheidsgevoel

## BESPREKING

Vooraleer de resultaten te bespreken, willen we een aantal beperkingen van deze studie aangeven. Ten eerste kunnen we door de kleinschaligheid van het onderzoek geen uitspraken doen over de psycho-pedagogische teams buiten Vlaanderen. Ook hebben we niet kunnen onderzoeken wat het verband is tussen een aantal variabelen zoals identificatie, werkervaring, direct contact, ... en emotioneel welzijn, burn-out en posttraumatische stress. Nochtans is deze informatie belangrijk om inzicht te krijgen in mogelijke risicofactoren. Ten tweede hebben wij voor onze studie gebruik gemaakt van gesloten vragenlijsten wat weinig ruimte laat voor nuanceringen in de antwoorden, wat bij open vragen of interviews wel zou kunnen.

Toch is de relevantie van deze studie aanzienlijk omdat ze, dankzij het hoge antwoordpercentage, uitspraken kan doen over het welzijn van de psycho-pedagogische teams in kinderoncologische centra in Vlaanderen. Het feit dat we enerzijds gebruik hebben gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten en dat we anderzijds de anonimiteit van de antwoorden gegarandeerd hebben, verhoogt nog de betrouwbaarheid van de resultaten. We hopen met deze pilootstudie de interesse naar verder onderzoek over het welzijn van deze populatie aan te wakkeren.

Bijna de helft van het psycho-pedagogisch team heeft in min of meerdere mate *psychische gezondheidsproblemen*. Daarvan zijn ruim het overgrote deel psychologen. Onze populatie scoort dus hoger dan de verpleegkundigen en artsen op een oncologische afdeling (Catalan et al, 1996) en ook hoger dan ziekenwagenverpleegkundigen (Alexander et al, 2001). Bij deze groepen hebben één derde psychologische problemen wat, zo bemerken de auteurs,

aanzienlijk hoger is dan de totale populatie ( d.i. één op vijf) (Hardy et al, 1997). Catalan suggereert daarbij dat deze gezondheidswerkers mogelijk evenveel psychische problemen hebben als hun patiënten! Psychologen hebben beduidend meer somatische problemen dan hun collega' van het team. We vinden voor deze resultaten geen verklaring.

*Burn-out* is alleen geconstateerd bij de psychologen. Bijna één derde scoort slecht op de drie dimensies die peilen naar burn-out. Dit betekent dat ze emotioneel uitgeput zijn, een verstoorde relatie met hun patiënten hebben en zich nauwelijks in staat voelen om hun werk goed uit te voeren. In vergelijking met het burn-out percentage bij onco-verpleegkundigen en oncologen (Catalan et al, 1996) scoren psychologen uit ons onderzoek hoger.

Niemand komt in aanmerking voor de diagnose PTSS (posttraumatische stressstoornis). Toch blijkt bij twee psychologen een zeer grote kwetsbaarheid: hun klachten zijn beduidend groot. Hoewel werken met kankerpatiënten dus wel kan leiden tot posttraumatische stress is er geen evidentie voor een stressstoornis.

Zoals we al herhaaldelijk gesuggereerd hebben, blijkt er een groot verschil tussen de scores naargelang de *functie*: de psychologen geven duidelijk meer klachten aan dan de pedagogische medewerkers binnen dezelfde setting. Nochtans zien we geen noemenswaardige verschillen tussen beide wat betreft burgerlijke stand, het hebben van kinderen (binnen dezelfde leeftijdsgroep), werkervaring of uren persoonlijk contact. Wij besluiten daarom dat de biografische- en andere werkkenmerken (waaronder de setting) geen afdoende verklaring bieden voor het ontstaan van pathologie. Wij vinden hiervoor bevestiging bij Omdahl et al (1999) en Maytum et al (2004). Zij menen eveneens dat verschillen niet alleen kunnen verklaard worden door algemene werkkenmerken (zoals frequente confrontatie met pijn en verdriet, ernst van de problematiek en aantal contacten) de ontwikkeling van burn-out faciliteren, maar ook door de relatiekenmerken (zoals het vervagen van grenzen, de wijze van de empathische betrokkenheid, ...). Verder onderzoek binnen onze populatie kan hierover meer duidelijkheid geven.

Hierbij aansluitend stellen we vast dat de frequentie van klachten tussen psychologen en pedagogische medewerkers vooral verschilt op vlak van emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en somatische klachten. Waarom is een psycholoog op een kinderoncologische afdeling emotioneel meer uitgeput en voelt deze zich minder in staat om het werk goed te doen? Waarom hebben psychologen meer somatische klachten dan de pedagogische medewerkers? Is het omdat psychologen het gezin vooral emotioneel ondersteunen tijdens crisismomenten en problemen, terwijl pedagogisch medewerkers elke dag opnieuw steun bieden door o.a. spel om zo het leven voor kankerpatiëntjes zo aangenaam mogelijk te maken. Anders gezegd: zijn psychologen vooral bezig met het 'wegwerken' van de traan terwijl pedagogisch medewerkers zich vooral richten op het behouden van de lach? Mogelijks kan diepgaand kwalitatief onderzoek naar de inhoud van beide functies hiervoor een verklaring bieden.

## **BESLUIT**

Werken op een kinderoncologische afdeling heeft een impact op het welzijn van het psycho-pedagogisch team. De resultaten wijzen op psychische gezondheidsproblemen, burn-out en een zekere mate van indirect trauma ten gevolge van het emotioneel ondersteunen van kinderoncologische patiënten en hun gezin. Daarnaast valt op dat er grote verschillen zijn in frequentie en intensiteit van klachten naargelang de functie. Psychologen blijken in

tegenstelling tot hun collega's pedagogische medewerkers een veel grotere kwetsbaarheid te hebben om pathologie te ontwikkelen.

Naast het feit dat het aangewezen is om de oorzaken hiervan verder te onderzoeken, wijzen we erop dat dergelijke klachten niet alleen nefaste gevolgen hebben voor de hulpverlener, maar dat dit ook de relatie met de patiënt en collega's bemoeilijkt. Om deze reden is het aangewezen dat de verantwoordelijken voldoende aandacht hebben voor deze problematiek. We besluiten daarom met de vraag hoe we kunnen vermijden dat dergelijke problemen kunnen vermijden? Verhaeghe, Lievrouw en Vanheule (2002, pg 7) ziet een oplossing in het ontwikkelen van een 'spreekcultuur' binnen de hulpverleningssetting waarin, ik citeer: '*men de ruimte schept om steeds opnieuw te verwoorden hoe elkeen omgaat met de onmacht voortvloeiend uit het werk teneinde toch een aantal dingen mogelijk te maken.*'

## **Bibliografie**

Alexander DA, Klein S (2001). Ambulance personnel and critical incidents. Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British journal of psychiatry*, 178: 76-81

Ablett JR, Jones RSP (2006). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. Published online in Wiley Interscience, 1-7

Baillon C (2003). Werkverslag Quality of life. Onuitgegeven rapport, Faculteit Psychologie VUB, pg 1- 23

Catalan J, Burgess A, Pergami A, et al (1996). The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *Journal Of Psychosomatic Research*, 4: 425-435.

Clark M., Gioro S (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30:85-87

Cordova MJ., Studts JL, Hann DM, Jacobsen PB, Andrykowski MA (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journ. Trauma Stress*, 13:301-319.

Despontin M, Lombaert S, Van Roy K (2003). Oefeningen over waarschijnlijkheidsberekening en statistische analyse Deel II, Vrije Universiteit Brussel.

Dorz S, Novara C, Sica C, Sanavio E (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and health*, 5: 677-684

Goldberg DP (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press

Goldberg DP, Hillier VF (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9: 139-145

- Graham J, Ramirez AJ, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards MA (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 10: 185-194
- Guthrie E, Tattan T, Williams E, Black D, Bacliocotti H (1999). Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. Comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatric Bulletin*, 23:207-212
- Hardy GE, Shapiro DA, Borrill, CS (1997). Fatigue in the workforce of national health service trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of psychosomatic research*, 43: 83-92.
- Hovens JE, Bramsen I, van der Ploeg HM (2000). ZIL Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stresstoornis. Swets Test Publisher
- Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Quелlette-Kobasa S, Lesko L (2000). Stress and burn-out in oncology. *Oncology*, 14:1621-1637
- Koeter MWJ, Ormel J( 1991). GHQ-28 General Health Questionnaire. Swets Test Services
- Maslach C, Jackson, SE (1986). The Maslach burn-out inventory. Manuel(2<sup>nd</sup> ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Maytum JC, Bielski Heiman MB, Garwick AW (2004). Compassion fatigue and burn-out in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal Of pediatric health care*, 4, 171-179
- Omdahl B, O'Donnell C (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses stress and occupational commitments. *Journal of Advanced Nursing*, 29: 1351-1359
- Van Doorslaer, N (2007). Werkstress bij psychologen in de psychosociale oncology. Eindwerk PAV psycho-oncologie, bijlage 4
- Verhaeghe P, Lievrouw A, Vanheule S (2000-2002). Onderzoek 'burnout bij opvoeders binnen residentiële voorzieningen in de gehandicaptenzorg en bijzondere jeugdzorg: een kwalitatieve studie van het fenomeen en de condities. Bijzonder onderzoekfonds, Universiteit Gent, 1-7
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347: 724-728
- Ronson A(2005) Réponses post-traumatiques et dissociation en oncology. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, 2005,1 : 53-59

Rudolph JM, Stamm BH, Stamm HE (1997). Compassion fatigue: concern for mental health policy, providers and administration. Poster presented at the 13<sup>th</sup> Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA

Schaufeli W, van Dierendonck D (2000). UBOS Utrechtse Burnout Schaal. Swets Test Publisher

Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho oncology*, 8:521-537