Een online-tool voor het bevorderen van zelfzorg bij huisartsen als preventie voor burn-out: een pilootstudie

Huisarts-in-opleiding: Dr. Debora Di Giacinto (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor: Dr. Mieke Vermandere (Katholieke Universiteit Leuven)

Co-promotor: Sonja Reckers (Jessa Ziekenhuis Hasselt)

Praktijkopleiders: Dr. Joseph Peeters en Dr. Marina Essers

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KU LEUVEN

Abstract

Een online tool voor het bevorderen van zelfzorg bij huisartsen als preventie voor burn-out: een pilootstudie

Huisarts-in-opleiding: Dr. Debora Di Giacinto (Katholieke Universiteit Leuven)
Promotor: Dr. Mieke Vermandere (Katholieke Universiteit Leuven)
Co-Promotor: Sonja Reckers (Jessa Ziekenhuis Hasselt)
Praktijkopleiders: Dr. Joseph Peeters en Dr. Marina Essers

Context: Burn-out is een wijdverspreid fenomeen. Ook huisartsen behoren tot de risicogroep voor het krijgen van deze aandoening, meer bepaald door de hoge werkdruk, de hoge emotionele belasting, het onevenwicht tussen privé- en werkleven, de mondigheid van patiënten en de administratieve rompslomp. Aangezien burn-out niet alleen de gezondheid van de arts zelf aantast, maar ook onrechtstreeks die van de patiënt, baart dit actuele thema grote zorgen. Door artsen aan te moedigen om meer aandacht te hebben voor zelfzorg en ze te coachen om meer controle te kunnen uitoefenen op hun beroepsactiviteit, zouden de verschillende factoren die leiden tot burn-out in positieve zin beïnvloed kunnen worden. Deze coaching zou in onze moderne maatschappij aangeboden kunnen worden via een online programma.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek meet het effect van een online coaching tool op de prevalentie van burn-out, de zelfzorg en beroepsactiviteit bij huisartsen. Daarnaast onderzoeken we ook de haalbaarheid van deze tool in de huisartsenpraktijk.

Methode: Huisartsen van de kring Herkenrode en Houthalen-Helchteren werden uitgenodigd om deel te nemen aan een online coachingprogramma rond werkbeleving en burn-outpreventie op het werk, namelijk de 'Met goesting aan het werk?!' tool. Na een periode van zes maanden werd de kwaliteit en de haalbaarheid van deze tool in de huisartsenpraktijk onderzocht door middel van een telefonisch interview.

Resultaten: Dit pilootproject toont geen significant effect (p=0,36) in risicoreductie van burn-out in de onderzoekspopulatie (n=10). Wat betreft het effect op de zelfzorg en de beroepsactiviteit zagen we over het algemeen gelijkaardige resultaten met enkele positieve tendensen. Een echt significant verschil ontbrak. De geïnterviewde artsen (n=15) waren enthousiast over de feedback en tips die ze ontvingen. Mits de nodige aanpassingen aan het doelpubliek, raden zij het programma aan als informatietool en screeningsmiddel voor burn-out. Voor de eigenlijke behandeling van een effectieve burn-out schiet een online project te kort en is begeleiding door een expert wenselijk.

Conclusies: Een online coachingprogramma kan een nuttige tool voor burn-outpreventie zijn. Het informeert en sensibiliseert artsen om beter aan zelfzorg te doen of, indien nodig, hulp te zoeken. Het programma dient echter wel beter aangepast te worden aan het doelpubliek, en persoonlijke begeleiding dient voorzien te worden indien een effectieve burn-out aanwezig is. Om het effect beter te kunnen bestuderen is onderzoek op grotere schaal noodzakelijk.

Inhoudsopgave

Abstract 2

Inleiding 4

Methode 6

Deel 1: Single group pretest- posttest design 6

Rekrutering *6*

Tool *6*

Data-verzameling *8*

Data-analyse *8*

Deel 2: Feasibility study 8

Rekrutering *8*

Interviews *8*

Dataverzameling en analyse *9*

Resultaten 9

Deelnemers 9

Deel 1: Single group pretest-posttest design 9

Burnout *9*

Bevlogenheid *11*

Andere vragenlijsten *11*

Deel 2: Feasbility study 17

Discussie 19

Sterktes en zwaktes 20

Besluit 21

Referenties 22

Bijlagen 23

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité 23

Bijlage 2: Protocol Ethisch comité 24

Bijlage 3: Bijlage 1 protocol Ethisch comité 26

Bijlage 4: Bijlage 2 Protocol Ethisch comité 28

Bijlage 5: Resultaten vragenlijsten meting 1 en 2 29

Bijlage 6: Interviews 31

Bijlage 5: presentatie 7 april 2016 37

Bijlage 6: Uitnodiging navorming 45

Inleiding

Burn-out is een zeer actueel thema. Het werd reeds in de jaren 80 door Maslach et al. gedefinieerd als professionele uitputting die gepaard gaat met depersonalisatie, een vermindering van de persoonlijke verwezenlijking en emotionele uitputting. (1) Volgens Hansez et al zou bij 0,8% van de werkende bevolking in België de diagnose van burn-out gesteld worden. (2)

Ook artsen in het bijzonder zouden een kwetsbare groep vormen voor burn-out. Dit is enerzijds het gevolg van de aard van hun werk: de lange werkdagen, de toenemende administratieve taken, de relatie met de patiënten en hun verwachtingen. Anderzijds zijn artsen over het algemeen zelf slechte patiënten die hun eigen welzijn en gezondheid verwaarlozen. Ze doen vaak aan zelfzorg omdat de drempel om zelf een arts te raadplegen hoog is. Bovendien zijn artsen meestal zelfstandigen waardoor ze niet onderworpen worden aan een preventieve gezondheisdzorg. Hierdoor genieten ze maar een minimale sociale bescherming als ze hun professionele activiteit moeten onderbreken door ziekte. Ook het feit dat artsen genoodzaakt zijn om zorgcontinuïteit te waarborgen, speelt een grote rol. (3)

De “Fédération des maisons médicales” schatte in 2005 dat 10% van de huisartsen aan burn-out leden. (4) Ondanks het feit dat er geen harde prevalentiecijfers beschikbaar zijn over dit probleem bij artsen in België, is het toch duidelijk dat er diepgaand onderzoek nodig is. Burn-out veroorzaakt immers niet alleen gezondheidsproblemen bij de arts zelf, maar vormt ook een maatschappelijk probleem aangezien het enerzijds leidt tot suboptimale patiëntenzorg (5), en anderzijds ook tot een toenemende werkbelasting bij de collega artsen. Daarom ontwikkelde het Kenniscentrum (KCE) in 2011 samen met onderzoekers van de Université Libre de Bruxelles (ULB) en de Vrije Universiteit Brussel (VUB) een lijst met actiepunten op voor preventie en aanpak van burn-out bij artsen. Zij pleiten onder andere voor meer aandacht voor de gezondheid van de huisarts, bijvoorbeeld door deze aan te sporen een eigen huisarts te kiezen. Andere maatregelen richten zich op een betere sociale bescherming, het bevorderen van meer beroepscontrole, meer erkenning voor de huisarts en het vermijden van overbelasting. (2)

Hun richtlijnen stammen af van een onderzoek dat gebaseerd is op een reeks complementaire methoden. Eerst en vooral voerden zij een systematisch literatuuronderzoek uit over wat reeds geweten is over burn-out bij huisartsen in de geïndexeerde, wetenschappelijke literatuur. Vervolgens werden 40 huisartsen die aan burn-out geleden hadden, geïnterviewd om meer inzicht te krijgen in de factoren die tot burn-out geleid hadden. Zowel in de literatuur als uit de interviews werden verschillende oorzaken aangehaald die mogelijks kunnen leiden tot burn-out. Tot op heden kan er echter nog geen formeel oorzakelijk verband worden aangetoond. Er konden wel drie grote categorieën geïdentificeerd worden die samenhangen met burn-out. Dit zijn de individuele factoren (socio-demografische factoren, gebruik van verslavende middelen, psychologische kenmerken, …), de intrinsieke factoren (zaken eigen aan het beroep zoals de relatie met patiënten, de werkstress, …) en de extrinsieke factoren (werklast, evenwicht tussen privé en werkleven, …). Ook werd er een beschrijvende studie gevoerd naar reeds bestaande structuren voor preventie en behandeling van burn-out in België. Hieruit bleek dat geen enkel van de reeds bestaande initiatieven zich specifiek richt op de huisarts in het bijzonder, maar vooral op zorgverleners in het algemeen. Bovendien bieden ze tot op heden nog geen globale aanpak maar slechts hulp op één of twee niveaus. Verder trachtte het Kenniscentrum de nationale initiatieven te vergelijken met internationale programma’s voor artsen. Deze focussen zich ook niet alleen op burn-out, maar richten zich wel specifieker tot een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld de huisarts, en ze combineren ook meerdere niveaus. Uit deze onderzoeksfasen werden actielijnen opgesteld die getoetst werden in de Delphi-studie waarin 59

huisartsen geïnterviewd werden. Met de resultaten werd een discussieworkshop gehouden waaruit de finale preventielijnen vloeiden, die hierboven reeds opgesomd werden, en die in de praktijk nog geïmplementeerd dienen te worden. (2)

Algemeen werd gesteld dat er in België een programma moet worden ontwikkeld rond burn-out dat ten eerste laagdrempelig en flexibel is, m.a.w. 24u/24 en 7d/7 beschikbaar is, en dat ook de anonimiteit bewaart. Bijkomend moet er ook gedifferentieerd kunnen worden tussen burn-out en andere aandoeningen zoals depressie, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen, enzovoort. In functie van ernst en urgentie dienen de artsen bovendien ook verwezen te worden naar een raadgever of een andere dienst voor consultatie en behandeling. Verder dienen de artsen niet enkel opgevolgd en begeleid te worden, maar dient ook re-integratie op de werkvloer gegarandeerd te worden en moet herval opgevangen worden. (2)

De opzet van dit onderzoek was niet om in het bijzonder een van de preventielijnen te implementeren in de praktijk, maar om op basis van de bevonden resultaten uit het onderzoek van het KCE een programma aan te bieden aan huisartsen dat kan voldoen aan de voorwaarden die hierboven opgesomd werden, en dat huisartsen met risico op burn-out kan bereiken om zo zelfzorg en controle over de beroepsactiviteit te bevorderen.

De mosterd voor dit onderzoek werd gehaald in een van de internationale richtlijnen die door het KCE bestudeerd werd, met name een virtuele opleiding die in Canada aangeboden wordt. Eminente Canadese experten in de zorgsector en e-learning hebben een virtueel opleidingsprogramma en steunpunt ontwikkeld met als doel artsen (in opleiding) via een online database *evidence-based* informatie en gebruiksvriendelijke tools aan te bieden om zo zelfzorg bij artsen te verbeteren en ze bijgevolg veerkrachtiger te maken in zowel het privé als professioneel leven. (www.e-santedesmedecins.com)

In Vlaanderen bestaat er nog geen online coachingprogramma rond stress- en burn-outpreventie voor huisartsen. Wel is er een gelijkaardige online tool die vanuit het Jessa Ziekenhuis en de KULeuven ontwikkeld werd, namelijk de 'Met goesting aan het werk?!'- tool. Het doel van dit online coachingprogramma is om werknemers, waaronder ook arts-specialisten, meer grip te geven op hun werkstressbeleving en zelfzorg door adviezen op maat aan te bieden. Deze onderbouwde adviezen worden opgesteld aan de hand van antwoorden van de deelnemers. Het doel is om a.d.h.v. deze adviezen het risico op stressklachten en burn-out op de werkvloer te verminderen. De effectiviteit van dit wetenschappelijk onderbouwd programma werd onderzocht bij de werknemers en artsen van het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, het Sint-Franciskus ziekenhuis in Heusden en het Wit-Gele kruis in Limburg. Het resultaat van dit onderzoek toonde een risicoreductie van 7% op het ontwikkelen van burn-out. (6)(7)(8)

In voorliggend onderzoek willen we het effect van het online coachingprogramma 'Met goesting aan het werk?!' evalueren op de zelfzorg en de controle op de beroepsactiviteit bij huisartsen om zo het risico op burn-out vooreerst te stabiliseren en vervolgens te verminderen. Daarnaast wordt ook de haalbaarheid van deze online coachingstool bij huisartsen nagegaan.

Methode

Om een antwoord te bekomen op de gestelde onderzoeksvragen werd gebruik gemaakt van een combinatie van twee verschillende methoden. In eerste instantie werd door middel van een *single group pretest-posttest design* het effect van de online coachingtool op de zelfzorg, beroepsactiviteit en de prevalentie van burn- out bij de deelnemende huisartsen onderzocht . In een tweede fase werd een *feasibility study* gevoerd waarmee we de ervaringen van de deelnemende huisartsen met dit online programma bevroegen. De studie liep van april 2016 t.e.m. december 2016. Vóór de start van het onderzoek werd goedkeuring verkregen van de Opleidingsspecifieke Ethische Begeleidings-commissie van de opleiding "Master in de huisartsengeneeskunde (Leuven e. A.)".

Deel 1: Single group pretest- posttest design

Rekrutering

Op 7 april 2016 werden huisartsen van de kring Herkenrode (Zonhoven, Hasselt en Diepenbeek) en Houthalen-Helchteren uitgenodigd op de geaccrediteerde navorming 'Zelfzorg en burn-out preventie bij de huisarts' in het Centraal labo te Hasselt. Het doel van deze presentatie was om eerst en vooral samen met Sonja Reckers, stafmedewerker gezondheidspromotie in het Jessa Ziekenhuis het online programma 'Met goesting aan het werk?!' voor te stellen. Vervolgens werd ook de pilootstudie bij huisartsen toegelicht. Op deze manier werd getracht om op een persoonlijke manier artsen te motiveren om deel te nemen aan de studie en zoveel mogelijk deelnemers te rekruteren. Artsen die aanwezig waren, konden zich reeds diezelfde avond inschrijven om deel te nemen. De leden van bovengenoemde kringen die niet aanwezig konden zijn op de navorming kregen via mail een toelichting over het programma en de pilootstudie. Geïntresseerde artsen die niet aanwezig waren en artsen die wel aanwezig waren, maar zich niet hadden ingeschreven, werden via e-mail uitgenodigd om zich alsnog op deze manier te kunnen inschrijven.

Tool

'Met goesting aan het werk?!' is een online coachingprogramma dat door het Jessa Ziekenhuis in samenwerking met de afdeling arbeids- en organisatiepsychologie van de KULeuven ontwikkeld werd om werknemers te leren omgaan met stress op de werkvloer en ze veerkrachtiger te maken. Dit met als doel burn-out te voorkomen of, indien hersteld van een burn-out, werknemers te versterken in hun re-integratie op de werkvloer om zo herval te voorkomen en alle mensen gezond aan boord te kunnen blijven houden.

Het programma begint met het bevragen van een aantal demografische factoren en de jobomschrijving. Vervolgens bestaat de tool uit negen gevalideerde vragenlijsten. Eerst wordt de *Utrechtse Burn-Out Schaal* (UBOS), die opgesplitst wordt in drie subschalen die elk de drie hoofdkenmerken van burn-out nagaan, bevraagd. Deze hoofdkenmerken zijn emotionele uitputting, depersonalisatie en competentie. (9) Een uitbreiding op deze vragenlijst is de *Utrechse Bevlogenheidsschaal* (UBES) die peilt naar vitaliteit, toewijding en absorptie. (10)

De *Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards Scale (*SIMPH) werd door Prof. Hans De Witte en Guy Notelaers ontwikkeld en beschrijft de onderdelen van het *'Job Demands en Job Resources'* model. Er wordt gevraagd naar eisen die eigen zijn aan het werk en kunnen bijdragen tot burn-out, zoals werktempo, werkdruk, relatie met collega's, taakverdeling, …. Hiertegenover worden ook de werkhulpbronnen bevraagd, die het werk aangenaam maken en waaruit werknemers energie kunnen putten zoals autonomie, inspraak, sociale steun, …. (11)

Een vierde vragenlijst is de *Occupational self-efficacy scale*, die peilt naar de eigen mogelijkheden om de job te kunnen uitvoeren en hoeveel zelfvertrouwen de werknemer heeft. (12)

Met behulp van de *Recovery scale* wordt nagekeken in hoeverre werknemers afstand kunnen nemen van hun werk en hoeveel aandacht wordt besteed aan vrije tijd, ontspanning en recuperatie. De vier subschalen zijn: *psychological detachment*, *relaxation*, *mastery experiences* en *control*. (13) Hierop volgen een aantal vragen naar absenteïsme en presenteïsme. (8)

De *UCL-coping list* bepaalt hoe wordt omgegaan met moeilijke situaties. De lijst bestaat uit zeven subschalen die in respectievelijke volgorde peilen naar expressie van emoties, passief reactiepatroon, palliatieve coping, geruststellende gedachten, het zoeken naar sociale steun, actieve coping en vermijdingsgedrag. (14) De *Assertivity-scale* van J. Kramer sluit hierbij aan en maakt een onderscheid tussen een eerder actief assertieve of passief assertieve attitude. (15)

In de tool wordt ook gescreend naar het psychisch welbevinden van de werknemers door middel van de *General Health Questionnaire* 12. Deze zelfreportagelijst screent naar een aantal psychische klachten zoals slapeloosheid, angstklachten, sociaal disfunctioneren en depressie. (16)

Het programma eindigt met de *Leefstijlvragenlijst* van *ISW-limits* (spin-off KULeuven) die het voedingspatroon nagaat en de mate dat er aan lichaamsbeweging wordt gedaan. Verder wordt ook het slaappatroon bevraagd en het gebruik van genotsmiddelen zoals roken, alcohol en drugs. (17)

Na het invullen van de vragenlijst ontvangen de deelnemers geïndivualiseerde feedback en advies op maat. Deze adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en ze bestaan uit inzichten en tips om gezonder om te gaan met situaties die als stressvol ervaren kunnen worden. De bedoeling is om door middel van de adviezen gezonder met stressvolle situaties om te gaan zodat deze niet meer resulteren in stress op de werkvloer of zelfs burn-out. Deelnemers krijgen de kans om op basis van de feedback actief 'als… dan' plannen op te stellen. Deze dienen als hulpmiddel om de persoonlijke adviezen om te zetten in de praktijk. (8)

Na zes weken ontvangt de deelnemer een uitnodiging om weer deel te nemen aan het project voor een tussentijdse evaluatie. Er wordt dan gepeild naar het engagement van de adviezen op maat die voordien gegeven werden. De deelnemer wordt vervolgens aangeraden om zo nodig de adviezen terug op te nemen en weer concreet plannen te maken.

Na drie maanden is er een herbevraging. Er wordt gevraagd naar de werkbeleving op dat moment. Ten slotte wordt er een vergelijking gemaakt met de eerste, zelfde bevraging. Zo heeft de deelnemer zicht op zijn veranderingsproces. Deze coachingsfrequentie kan zolang aangehouden worden als gewenst door de deelnemer. Deelname is dus onbeperkt. Het project is gerealiseerd met financiële middelen van het Europees Sociaal Fonds (ESF). Hierdoor bedraagt de kostprijs voor deelname slechts tien euro voor de betaling van de wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten (auteursrechten) en de hosting van het *webbased* programma. (8)

Data-verzameling

Voor de ingeschreven huisartsen werd een login en paswoord aangevraagd. Via de KULeuven werd een budget bekomen van 300 euro om deze logins te kunnen aankopen. Hiermee konden de huisartsen zich onbeperkt inloggen. Er werd benadrukt dat de gegevens volledig anoniem verwerkt zouden worden. Artsen die zich in een grijze zone bevonden, een vergoot risico hadden op burn-out, door de tool geadviseerd werden om verder persoonlijke hulp te zoeken, of die meer begeleiding wensten, werden doorverwezen naar Sonja Reckers of de co-artsen, een nieuw initiatief van Doctors4Doctors. De gegevens hiervan werden reeds op de navorming meegegeven.

Omwille van de lage responsgraad na drie maanden werd een herinnering via e-mail verstuurd naar de ingeschreven artsen die zich nog niet aangemeld hadden. Diegene die niet op de e-mail reageerden, werden ook telefonisch gecontacteerd en aangespoord om alsnog deel te nemen aan de studie.

Data-analyse

De resultaten van de eerste zes maanden werden anoniem verwerkt. De gegevens werden uit het online coachingprogramma geëxtraheerd en verwerkt door middel van Microsoft Excel. Er werd een gemiddelde berekend van de resultaten van de artsen op de verschillende vragenlijsten en subschalen gedurende de eerste zes maanden.

Na het afnemen van de enquêtes voor het tweede gedeelte van dit onderzoek werden de artsen, indien ze dit nog niet gedaan hadden, telefonisch aangespoord om nog een laatse keer de volledige vragenlijst in te vullen, in het kader van de studie. Dit kwam overeen met de zesmaandelijkse evaluatie van de tool zelf.

De resultaten van deze laatste bevraging werden ook geëxtraheerd uit het online coachingprogramma en op dezelfde manier als de eerste bevraging verwerkt in Excel. De gemiddelden van de resultaten van de verschillende vragenlijsten na zes maanden werden vergeleken met de resultaten uit de eerste bevraging. Op deze manier werd het effect van een online coachingprogramma op de zelfzorg, beroepsactiviteit en burn-outprevalentie bij deze groep huisartsen nagegaan.

Deel 2: Feasibility study

Rekrutering

De artsen die aan het onderzoek wensten deel te nemen en die zich minstens eenmaal hadden ingelogd op de tool, werden na zes maanden telefonisch gecontacteerd voor een kort interview.

Interviews

Telefonisch werd kort bevraagd wat de ervaringen van deze artsen waren met de tool en wat zij in het algemeen van het pilootproject vonden. Er werd ook nagegaan of zij het programma voldoende

aangepast vonden aan de huisarts en waarom zij het al dan niet zouden aanbevelen bij collega's. Er werd gepeild of zij dit programma zouden gebruiken in hun beleid bij patiënten met burn-out.

Dataverzameling en analyse

De gesprekken met de geïnterviewde dokters werden opgenomen. De ervaringen van de huisartsen met de tool werden vervolgens ook per arts en per vraag in grote lijnen uitgeschreven. De resultaten van dit deel van het onderzoek waren eerder beschrijvend. Deze werden vooral gebruikt om een algemeen kader te schetsen van de haalbaarheid van de online tool bij huisartsen en waren vooral ondersteunend bij de resultaten van het eerste deel van de studie.

Resultaten

Deelnemers

Van de honderdnegenendertig huisartsen die een uitnodiging kregen om deel te nemen aan de pilootstudie, schreven er drieëndertig geïntresseerde artsen zich in voor deelname. Uit deze groep waren er zeventien artsen die de vragenlijst een eerste maal invulden. Tien artsen volgden uiteindelijk het hele traject van de studie. Enkel de gegevens en resultaten van deze tien artsen (vijf mannen en vijf vrouwen) werden gebruikt voor het eerste gedeelte van het onderzoek (n=10). Aangezien de gegevens anoniem verwerkt werden en er bijgevolg niet geweten was welke tien artsen de studie volledig doorlopen hadden, en omdat de interviews voor het eind van de studie reeds plaatsvonden, werden voor de feasibility studie wel de zeventien artsen (8 vrouwen en negen mannen) opgebeld voor een kort interview. Hiervan waren er uiteindelijk 15 die telefonisch gecontacteerd konden worden en ook openstonden voor het gesprek (n=15).

Deel 1: Single group pretest-posttest design

Burnout

De prevalentie van burn-out in de studiegroep werd gemeten aan de hand van de *Utrechtse Burn-out Scale*. De resultaten van de tien artsen op de *UBOS* in het begin van de studie en de resultaten op deze vragenlijst na zes maanden worden respectievelijk opgelijst in tabel 1 en 2 respectievelijk. Om van burnout te kunnen spreken moet er sprake zijn van een te hoge mate van emotionele uitputting. Dit komt overeen met een score '2' op de subschaal 'Emotionele uitputting'. Daarnaast moet er nog minstens een slechte score zijn op een van de andere twee subschalen van de *UBOS.* Aan het begin van de studie waren er vier artsen met burn-out. Ook na zes maanden bedroeg het aantal artsen met burnout vier. Het gaat echter niet over dezelfde vier artsen.

Naam	BOXXX	X1= emotionele uitputting	X2= depersonalisatie	X3= persoonlijke bekwaamheid	Burnout
MGR770900	BO111	1	1	1	nee
MGR770902	BO211	2	1	1	nee
MGR063584	BO211	2	1	1	nee
MGR948076	BO221	2	2	1	ja
MGR508963	BO222	2	2	2	ja
MGR826353	BO111	1	1	1	nee
MGR466568	BO122	1	2	2	nee
MGR862209	BO212	2	1	2	ja
MGR618974	BO111	1	1	1	nee
MGR867806	BO222	2	2	2	ja

***Tabel 1: Resultaten UBOS aan het begin van de studie**. In de Excel-tabel worden de resultaten op deze vragenlijst vertaald in de code BOXXX. De drie X-en komen overeen met de drie subschalen van de UBOS, namelijk emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Deze wordt gemeten op een 7 punt Lickertschaal. Indien het resultaat groter of gelijk aan 2,2 is, spreken we van een te hoge mate van emotionele uitputting. Dit wordt vertaald in een dichotome code: 2. Dus < 2,2 = 1 en > 2,2 = 2. De tweede X staat voor 'depersonalisatie'. Ook deze wordt gemeten op een 7 punt Lickertschaal. Indien het resultaat groter of gelijk aan 2 is, is er sprake van verhoogde depersonalisatie. Ook dit wordt vertaald in een dichotome code 2. Dus < 2 = 1 en > of = aan 2 = 2. De derde X staat voor 'persoonlijke bekwaamheid of capaciteit'. Ook deze wordt gemeten op een 7 punt Lickertscale. Dus hoe groter de waarde, hoe meer iemand zich persoonlijk bekwaam voelt. Dit in tegenstelling tot bovenvermelde variabelen: hoe hoger de waarde hoe meer iemand 'emotioneel uitgeput' of 'gedepersonaliseerd' is. Om de dichotome code gelijk te stemmen met de andere twee subschalen, wordt deze derde schaal gespiegeld. Indien het resultaat > of = aan 3,66 is, spreken we van een sterke persoonlijke bekwaamheid. Dit wordt ook vertaald in een dichotome code waarbij < 3,66 = 2 en > of = aan 3,66 = 1.*

Naam	BOXXX	X1= emotionele uitputting	X2= depersonalisatie	X3= persoonlijke bekwaamheid	Burnout
MGR770900	BO211	2	1	1	nee
MGR770902	BO211	2	1	1	nee
MGR063584	BO111	1	1	1	nee
MGR948076	BO212	2	1	2	ja
MGR508963	BO111	1	1	1	nee
MGR826353	BO111	1	1	1	nee
MGR466568	BO222	2	2	2	ja
MGR862209	BO212	2	1	2	ja
MGR618974	BO111	1	1	1	nee
MGR867806	BO222	2	2	2	ja

***Tabel 2: Resultaten UBOS na zes maanden**. De dichotome codes werden op dezelfde manier bekomen als deze in de tabel 'Tabel 1: Resultaten UBOS aan het begin van de studie'.*

Om het effect van het online coachingprogramma op de prevalentie van burnout op de studiepopulatie na te gaan, werd een t-test uitgevoerd (zie tabel 3). De gepaarde t-test toonde geen significante daling in burn-out (p=0,36) na 6 maanden gebruik van de online tool 'Met goesting aan het werk?!'.

Naam	Eerste meting aan het begin van de studie	Tweede meting na zes maanden
MGR770900	0	2
MGR770902	2	2

Naam	Eerste meting aan het begin van de studie	Tweede meting na zes maanden
MGR063584	2	0
MGR948076	3	3
MGR508963	4	0
MGR826353	0	0
MGR466568	2	4
MGR862209	3	3
MGR618974	0	0
MGR867806	4	4

Tabel 3: Vergelijking UBOS-meting 1 en 2. *Eerst werd er een nieuwe dichotome code toegekend aan de subschalen. Voor de schalen X2 en X3 werd een gunstig resultaat vertaald naar de code '0' en een ongunstig resultaat naar de code '1'. Aangezien er emotionele uitputting moet zijn om van burnout te kunnen spreken, kreeg de subschaal X1 een dichotome code waarbij een gunstig resultaat vertaald wordt naar 0 en een ongunstig resultaat naar 2. Om de t-test te kunnen uitvoeren werd vervolgens een som gemaakt van de drie subschalen. Bij een som groter of gelijk aan drie, is er sprake van burn-out.*

Bevlogenheid

Naam	meting 1	meting 2
MGR770900	5,22	4,22
MGR770902	4,44	4,44
MGR063584	4,00	3,33
MGR948076	3,00	3,44
MGR508963	2,44	4,22
MGR826353	5,33	5,22
MGR466568	2,44	2,78
MGR862209	3,22	3,22
MGR618974	4,56	5,11
MGR867806	2,55	2,56

Tabel 4: UBES-vergelijking tussen meting 1 aan het begin van de studie en meting 2 na zes maanden*. De resultaten worden berekend door middel van een 7 punt Lickertschaal. Een gemiddelde score van groter of gelijk aan 3,74 op deze vragenlijst duidt op een 'bevlogen' deelnemer. Een score onder 3,74 wijst op een 'niet bevlogen' arts.*

Aan de hand van de *Utrechtse Bevlogenheidsschaal* wordt gemeten hoe bevlogen de tien huisartsen zijn. De gepaarde t-test toont geen significant verschil in bevlogenheid (p=0,29) bij de deelnemers aan het begin van de studie en na zes maanden gebruik van de tool.

Andere vragenlijsten

De resultaten op de Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazardsscale, Occupational self-efficacyscale, Recuperatievormen van Sonnentag, Afwezigheid wegens ziekte en presenteïsme, UCL-copinglist, Assertiviteitschaal en General Health Questionaire 12 van meting 1 en meting 2 kunnen teruggevonden worden in bijlage 5. Van iedere vragenlijst of subschaal wordt een gemiddelde berekend. Er bestaat geen cutoff voor deze vragenlijsten omdat ze subjectieve parameters bevragen.

Hoe hoger het gemiddelde, hoe hoger de belasting (1-2-3-4-9-10) of hoe beter bestand de deelnemers zijn (5-6-7-8), afhankelijk van de schaal. In onderstaande tekst wordt iedere vragenlijst individueel besproken. Per (sub)schaal werd van alle deelnemers het gemiddelde, de mediaan en de standaarddeviatie (SD) berekend voor de eerste meting in het begin van de studie en vergeleken met deze op het einde van de studie na zes maanden gebruik van de tool. Van iedere subschaal werd tevens een gepaarde t-test uitgevoerd.

SIMPH-vragenlijst

	Meting 1			**Meting 2**			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
SIMPH (1)							
Werktempo en hoeveelheid (2)	1,97	2,00	0,81	1,93	2,00	1,13	0,45
Geestelijke belasting (3)	2,60	2,67	0,38	2,30	2,67	0,96	0,17
Emotionele belasting (4)	1,73	2,00	0,47	2,13	2,17	0,93	0,22
Verstandhouding met collega's (5)	2,07	2,17	0,75	1,87	1,83	0,89	0,28
Verstandhouding met leidinggevende (6)	1,47	1,67	0,98	1,80	2,17	1,17	0,41
Vaardigheidsbenutting (7)	2,02	1,90	0,55	1,53	1,60	1,02	0,32
Autonomie in het werk (8)	1,33	1,25	0,69	1,65	1,78	0,98	0,50
Inspraak (9)	0,98	1,00	0,57	1,43	1,63	0,88	0,44
Tegenstrijdige taken (10)	0,98	1,00	0,57	0,70	0,50	0,66	0,09
Onduidelijke taken (11)	1,90	2,00	0,35	1,83	2,00	0,93	0,41
Jobonzekerheid kwantitatief (12)	0,93	1,00	0,21	0,83	1,00	0,39	0,29
Jobonzekerheid kwalitatief (13)	0,23	0,25	0,25	0,48	0,25	0,63	0,09

***Tabel 5: SIMPH-vragenlijst**. De resultaten worden berekend aan de hand van een 4 punt Lickertschaal. Hoe hoger het gemiddelde, hoe hoger de belasting (1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 9 – 10 – 11 - 12) of hoe beter bestand de deelnemers zijn (6 – 7 – 8).*

Tijdens de eerste bevraging scoorden de artsen bovengemiddeld op de subschalen ‘Geestelijke belasting’, ‘ Verstandhouding met collega’s‘ en ‘ Vaardigheidsbenutting’. Concreet wil dit zeggen dat deze factoren als meest jobbelastend ervaren worden door de deelnemers. Na zes maanden gebruik van het online coachingprogramma ‘Met goesting aan het werk?!’ zien we een daling in de gemiddelde scores van de deelnemers op deze subschalen. We kunnen spreken van een positieve tendens, doch is dit geen significant verschil (p>0,05).

Occupational self-efficacy scale

	Meting 1			**Meting 2**			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	MAX	p-waarde
OCCUP	2,60	2,75	0,73	2,30	2,92	4,00	0,21

***Tabel 6: Occupational self-efficacy scale**. De resultaten worden berekend door middel van een 5-punt Lickertsschaal.*

De gepaarde t-test toont ons geen verschil op de *Occupational self-efficacy scale* na zes maanden (p>0,05). In het begin van de studie scoren de artsen gemiddeld 2,60 op de *Occupational self-efficacy scale* ten op zichte van een gemiddelde score van 2,30 na zes maanden. De maximale score per item op deze schaal bedraagt 5. Dit suggereert dat artsen onvoldoende gewapend zijn om het hoofd te bieden aan problemen of moeilijkheden die zich op de werkvloer aanbieden.

Recuperatievormen schaal

	Meting 1			**Meting 2**			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
Recuperatievormen							
psychological detachment	1,51	1,75	1,06	1,90	2,13	1,20	0,13
relaxation	1,70	2,13	1,17	2,05	2,38	1,18	0,18
mastery experiences	1,81	1,88	1,14	1,90	2,00	1,29	0,41
control	2,22	1,63	1,41	2,00	2,13	0,98	0,22

***Tabel 7: Recuperatievormen schaal**. De resultaten worden berekend door middel van een 5-punt Lickertsschaal.*

Zowel tijdens de eerste als tweede meting scoren de deelnemers gemiddeld ondermaats op de vier subschalen van de *Recuperatievormen schaal*. Dit suggereert dat artsen onvoldoende afstand kunnen nemen van hun werk en weinig investeren in ontspanning en vrije tijd. Tussen de twee metingen zien we wel een positieve tendens, doch geen significant verschil (p>0,05) na gebruik van het online coachingprogramma gedurende zes maanden.

Absenteïsme-Presenteïsme

	Meting 1			**Meting 2**			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
Absenteïsme-Presenteïsme							
AFW1	0,11	0,00	0,31	0,00	0,00	0	0,17
AFW2	0,02	0,00	0	0,00	0,00	0	0,17
PRESENT	1,27	2,00	0,91	1,00	1,00	1	0,43

***Tabel 7: Absenteïsme/Presenteïsme**. Afw 1: Hoeveel maanden bleef je de afgelopen twaalf maanden thuis door ziekte of een ongeval? AFW 2: Hoeveel keer bleef je de afgelopen maanden thuis door ziekte veroorzaakt door je werk? PRESENT: Hoe vaak ben je de afgelopen maanden toch gaan werken, terwijl je om gezondheidsredenen thuis had moeten blijven? De resultaten worden berekend door middel van een 5-punt Lickertsschaal.*

Gemiddeld bleven de onderzochte artsen 0,02 dagen thuis door ziekte die door het werk veroorzaakt werd in het begin van de studie en gemiddeld 0 dagen thuis in de volgende 6 maanden. Dit staat in contrast met het aantal dagen dat ze toch zijn gaan werken, terwijl ze eigenlijk om gezondheidsredenen thuis had moeten blijven. Dit was aan het begin en op het eind van de studie gemiddeld 1,27 en 1,00 dagen respectievelijk. We zien hier wel een lichte daling in aantal dagen wat

een positieve invloed van de tool doet vermoeden, doch is er ook hier geen sprake van een significant verschil (p>0,05).

UCL copingscale

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
UCL-copinglist							
Expressie van emoties	1,06	1,17	0,42	1,23	1,33	0,60	0,29
passief reactiepatroon	0,85	0,86	0,40	0,77	0,64	0,66	0,20
palliatieve coping	1,07	1,13	0,42	1,08	1,00	0,50	0,37
geruststellende gedachten	1,06	1,13	0,42	1,42	1,70	0,73	0,24
sociale steun zoeken	1,42	1,70	0,46	1,32	1,33	0,62	0,07
actieve vorm van coping	1,44	1,58	0,66	1,26	1,36	0,70	0,20
vermijdingsgedrag	1,12	1,13	0,43	1,03	1,00	0,56	0,23

***Tabel 8: UCL copinglist**. De resultaten worden berekend door middel van een 4-punt Lickertsschaal.*

De subschalen 'geruststellende gedachten', 'sociale steun zoeken' en 'actieve vorm van coping' worden beschouwd als oplossingsgerichte vormen van coping en zijn beter dan de emotie- of probleemgerichte vormen van coping die bevraagd worden via de subschalen 'expressie van emoties', 'passief reactiepatroon', 'palliatieve coping' en 'vermijdingsgedrag'. Bij de onderzochte artsen zien we een gelijke verdeling in zowel oplossingsgerichte en probleemgerichte vormen van coping. Tevens zien we ook geen significante invloed van de tool op het copinggedrag van de deelnemers aan het begin van de studie ten opzichte van het copinggedrag na zes maanden (p>0,05).

Assertiviteitsschaal

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
Assertiviteit							
actief assertief	1,07	1,06	0,32	1,16	1,33	0,50	0,44
passief assertief	1,34	1,17	0,56	1,13	1,08	0,86	0,09

***Tabel 9: Assertiviteitsschaal**. De resultaten worden berekend door middel van een 4-punt Lickertsschaal.*

Wat betreft de actieve en passieve assertiviteit zien we respectivelijk een stijging en daling van het gemiddelde na zes maanden gebruik van de tool. We kunnen spreken van een positieve tendens, doch is er geen significant verschil (p>0,05).

General Health Questionnaire

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	Mediaan	SD	Gemiddelde	Mediaan	SD	p-waarde
GHQ	1,01	1,04	0,27	1,08	1,21	0,49	0,45

***Tabel 10: General Health Questionnaire**. De resultaten worden berekend door middel van een 4-punt Lickertsschaal.*

De onderzochte groep huisartsen scoort gemiddeld gelijkaardig op de *General Health Questionnaire* na zes maanden gebruik van de tool.

Levensstijlvragenlijst

Voeding

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	SD	Mediaan	Gemiddelde	SD	Mediaan	p-waarde
#vers fruit	4,30	1,70	4,5	4,10	1,85	4	0,10
#gedroogd fruit	1,60	1,35	1	2,00	1,49	1,5	
#gekookte groenten	5,10	1,10	5	4,40	1,78	5	
#rauwe groeten	4,30	0,82	4	4,10	1,66	4,5	
#verse groentesoep	4,20	1,62	5	3,90	2,13	5	
#glazen water	4,80	2,20	5	4,90	1,91	5	
#koppen koffie of thee	6,30	1,25	6	5,40	2,72	7	
#glazen gesuikerde frisdrank	2,60	2,12	1	2,10	2,08	1	
#glazen niet-gesuikerde frisdrank	1,30	0,67	1	1,80	1,55	1	
#glazen melk	3,10	2,28	2,5	3,90	2,42	5	
#yoghurt	3,40	1,96	3,5	3,50	2,27	4,5	
#suiker- of vethoudende tussendoortjes	4,40	1,96	5	3,60	2,07	4	
#ontbijt overslaan	2,20	1,93	1	1,80	1,75	1	
#lunch overslaan	2,30	1,70	1,5	1,90	1,60	1	

***Tabel 11: ISW-limits vragenlijst over levensstijlfactoren, subcategorie voeding**. '#' staat voor 'aantal porties per dag'. De eerste twaalf subschalen worden berekend op een 8-punt Lickertschaal. De laatste twee subschaal op een 5-punt Lickertschaal.*

Over het algemeen zien we een positieve invloed van de tool op het voedingspatroon van de deelnemers. Doch toont een p-waarde van 0,10 geen significant verschil tussen het begin van de studie en na zes maanden gebruik van het programma.

Lichamelijke activiteit

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	SD	Mediaan	Gemiddelde	SD	Mediaan	p-waarde
# 30 min aan matige lichamelijke activiteit	2,10	1,10	2	2,40	1,51	2,5	0,50
# 20 min aan zware lichamelijke activiteit	1,50	1,08	1	1,20	1,69	0,5	

***Tabel 12: ISW-Limits vragenlijst, subcategorie lichamelijke activiteit**. '#' staat voor 'aantal dagen/week'. De resultaten worden berekend op een 8-punt Lickertschaal.*

Er is geen significant verschil in het gemiddeld aantal dagen per week dat er aan lichaamsbeweging of sport gedaan wordt door de deelnemende artsen na gebruik van het online coachingprogramma 'Met goesting aan het werk?!'. Wel is duidelijk dat de artsen over het algemeen gemiddeld ondermaats scoren op deze subschalen. Dit suggereert dat er door de deelnemende artsen te weinig aan lichamelijke beweging wordt gedaan.

Slaap

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	SD	Mediaan	Gemiddelde	SD	Mediaan	p-waarde
1. # uren slaap/nacht	1,90	0,99	2	1,80	0,92	2	0,12
2. uitgeslapen gevoel bij ontwaken	2,80	1,32	3	2,50	1,35	2,5	
3. > 30 min slapen overdag	1,40	0,52	1	1,50	1,08	1	
4. Vast slaappatroon	4,70	2,50	5,5	4,50	2,32	5	
5. Slaapproblemen	3,10	1,37	3	2,20	1,48	2	
6. Slaapproblemen met medische oorzaak	1,60	0,70	2	1,40	1,07	2	
7. Slaapmedicatie	1,50	1,18	1	1,40	1,51	1	
8. # dagen achtereen slaapmedicatie	0,44	1,01	0	0,22	0,44	0	
9. duur inname slaapmedicatie	0,40	1,26	0	0,90	1,91	0	

***Tabel 13: ISW-Limits vragenlijst over levensstijlfactoren, subcategorie slaap**. '#' staat voor 'aantal'. De subschalen 1, 2, 3 en 5 worden gemeten op een 5-punt Lickertschaal. De subschalen 7,8 en 9 op een 4-punt Lickertschaal. De vierde subschaal op een 8-punt Lickertschaal en de zesde op een 3-punt Lickertschaal.*

Bovenstaande tabel geeft ons een overzicht van het slaappatroon, slaapkwaliteit en inname van slaapmedicatie bij de deelnemende artsen in het begin van de studie in vergelijking met de resultaten

na zes maanden gebruik van het online coachingprogramma 'Met goesting aan het werk?!'. Er is weinig effect van de tool op de slaap in het algemeen bij de onderzochte groep huisartsen (p>0,05).

Genotsmiddelen

	Meting 1			Meting 2			
	Gemiddelde	SD	Mediaan	Gemiddelde	SD	Mediaan	p-waarde
1. # sigaretten/dag	1,00	0,00	1	1,00	0,47	1	0,25
2. # dagen/week alcohol	2,30	2,79	1,5	2,00	2,31	1,5	
3. # glazen alcohol/week	0,70	0,67	1	1,10	1,20	1	
4. Gebruik stimulerende middelen	1,10	0,32	1	0,80	0,42	1	
5. Gebruik kalmeringsmiddelen	1,10	0,32	1	0,80	0,42	1	

Tabel 14: ISW-Limits vragenlijst over levensstijlfactoren, subcategorie genotsmiddelen*. '#' staat voor 'aantal'. De resultaten van de subschalen 4 en 5 worden berekend op een 5-punt Lickertschaal. Subschaal 1, 2 en 3 respectievelijk op een 7-, 8- en 4-punt Lickertschaal.*

De tool geeft geen significante daling in het gebruik van genotsmiddelen in de studiepopulatie (p= 0,25). Wel zien we een daling in het gemiddeld gebruik van kalmeringsmiddelen, stimulerende middelen en het aantal dagen dat er alcohol geconsumeerd wordt per week. We kunnen dus wel spreken van een positieve tendens.

Deel 2: Feasbility study

Uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de artsen heel positief is over de tool. Artsen beschrijven de tool als aangenaam, gemakkelijk en leerrijk. Het wordt niet enkel gezien als een diagnostische tool, ook voornamelijk als een bron van info over burn-out zelf. Een arts gaf aan verwonderd te zijn door alle factoren die mogelijks een rol spelen bij het krijgen van burn-out. De meesten associëren dit met het professioneel leven maar staan er niet bij stil dat levensstijlfactoren, vrijetijdsbesteding, coping en recuperatievormen ook bijdragen tot het al dan niet ontwikkelen van deze aandoening. De tool wordt als simpel ervaren en vriendelijk in gebruik. Een arts gaf aan zelf niet zo handig te zijn met computers en onlineprogramma's, maar vond deze tool verrassend eenvoudig. Twee artsen vonden de tool confronterend en scoorden slechter dan ze zelf hadden gedacht. De tool sensibiliseert om na te denken en tot bewustwording te komen. Een arts vond de keuze voor een onlineprogramma een meerwaarde omdat in onze huidige maatschappij mensen de voorkeur geven aan een tool die via het internet altijd en overal bereikbaar is.

Vijf artsen gaven toe niet meer met de tool bezig te zijn en konden bijgevolg niet volledig antwoorden op de vragen. Tijdsgebrek was hun voornaamste reden om de tool niet of onvolledig te gebruiken. Zij vonden het een mooi project maar gaven aan zelf geen nood te hebben aan een coachingprogramma

rond burn-out. Eén arts gaf aan dat de vragenlijst te lang en te uitgebreid was. Hij vond dit zelfs irriterend.

De feedback en tips werden door alle artsen goed ontvangen. Zelfs de deelnemers die niet optimaal gebruik maakten van de tool, lazen over het algemeen wel de tips. Deze worden als kort, vlot en duidelijk beschreven. Het feit dat de tips op zaterdagochtend verzonden worden, wordt ook als positief beschouwd aangezien de artsen dan meer tijd hadden om deze te lezen en er minder kans bestond dat de mails met tips verloren gingen in de grote hoeveelheid andere mails. De inhoud van de adviezen is simpel en handelt vaak over dingen die wel geweten zijn. Toch sensibiliseert het en spoort het aan om beter aan zelfzorg te doen en de tips toe te passen. Bovendien geeft het een gevoel van opgevolgd en gesteund te worden. Twee artsen gaven aan de mails zelfs op te slaan om ze zo nodig te kunnen herlezen. De artsen vinden het aangenaam dat de feedback meteen volgt op het invullen van de vragenlijst en dat deze wetenschappelijk onderbouwd is. De meeste deelnemers vonden het voornamelijk interessant om te weten hoe goed of slecht ze scoorden.

Tien ondervraagde deelnemers vonden de tool voldoende aangepast aan de huisarts. De vijf overige geneesheren vonden de vragen iets te algemeen. Vooral omdat er vragen zijn die handelen rond de relatie met een baas en/of collega's en de werkdruk of belasting die door hen wordt opgelegd. Als huisarts werk je als zelfstandige en vaak ook solo. Het feit dat ze die vragen niet konden invullen maar ook niet konden overslaan in de tool vonden ze vervelend. Zij kregen het gevoel dat hun resultaat hierdoor vertekend was. Om deze reden zouden ze de tool wel aanbevelen aan patiënten maar minder aan collega artsen. Dit gebeurt reeds bij een aantal artsen.

Ze verwijzen naar de website in hun beleid rond burn-out of ze gebruiken de tips of adviezen en geven deze mee aan de patiënten.

Mits aanpassing naar huisartsen toe, zouden alle artsen de tool aanbevelen aan collega's in nood. Het onlineprogramma is makkelijk toegankelijk, laagdrempelig en de anonimiteit is ook een pluspunt. Bovendien is het wetenschappelijk onderbouwd en wordt het voortdurend geüpdatet. Er worden wel enkele opmerkingen aangehaald. Enkele artsen vragen zich af of alle collega's hier wel voor open staan. Voor sommige artsen zal deze aanpak wel werken terwijl voor anderen niet. Collega's in nood zijn vaak niet geneigd om zelf hulp te zoeken en blijven ronddwalen in een vicieuze cirkel. Voor hen is het wel handig dat er een anoniem, laagdrempelig programma bestaat die een eerste screening uitvoert. Op deze manier worden deze artsen gesensibiliseerd en aangespoord om te veranderen. Verdere bekendheid over het bestaan van het programma is dan wel nodig. Een tweede opmerking die in de interviews naar voren kwam is dat het programma wel goed als diagnostische tool kan dienen en/of ondersteunend kan werken bij burn-out, maar niet voldoende is voor iemand in een effectieve burn-out. Het is goed om via deze tool te weten hoe diep iemand zit en/of waar de werkpunten zitten. Het is ook een handig hulpmiddel om artsen te leren om beter te doseren en aandacht te geven aan levensstijlfactoren. Maar om effectief iemand in een complete burn-out te begeleiden of te re-integreren op de werkvloer is deze tool volgens de meeste artsen onvoldoende. In dat geval is er meer nood aan persoonlijke begeleiding. De tool zou dan aanvullend aan de persoonlijke begeleiding aangeboden moeten worden.

Discussie

In dit onderzoek werd nagegaan wat het effect is van een online coachingprogramma op de zelfzorg en beroepsactiviteit bij huisartsen met als doel het risico op burn-out te verminderen. Ook werd de haalbaarheid van een online tool bij de huisarts nagegaan.

Het onderzoek toont geen significante daling in prevalentie van burnout (p=0,36) bij de deelnemende huisartsen na zes maanden gebruik van het online coachingprogramma 'Met goesting aan het werk?!'. Ook op de bevlogenheid was er geen significant effect (p=0,29). Toch wordt de tool door de onderzoeksgroep over het algemeen als positief ervaren. Het programma wordt beschreven als interessant, leerrijk en eenvoudig. De deelnemers waren verrast over de complexiteit van burn-out en vonden de tool een bron van informatie over dit onderwerp. Vooral de tips en de teruggekoppelde feedback werden zeer goed onthaald. Deze werden over het algemeen door iedereen gelezen en gevolgd, dit in tegenstelling tot de frequentie van het invullen van de vragenlijsten.

Dit toont ons enerzijds dat er bij de onderzochte huisartsen wel nood is aan begrip over burn-out en de nodige aanpak ervan. Ook het feit dat de huisartsen de tool zouden aanbevelen aan patiënten of de tips zelf gebruiken in hun beleid bij patiënten met burn-out kan dit beamen. Anderzijds kan dit verschil in gebruik van de tool een mogelijke verklaring bieden voor het niet verkrijgen van een significant effect in dit onderzoek. Als we dit pilootproject bij huisartsen vergelijken met het onderzoek dat door Sonja Reckers in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, het Sint-Franciskusziekenhuis en het Wit-Gele kruis Limburg werd gevoerd, zien we dat er in haar onderzoek wel een risicoreductie van 7% bekomen werd in de interventiegroep ten op zichte van de controlegroep. Een belangrijke bevinding in dit onderzoek voor het bekomen van die reductie was het regelmatige gebruik van de tool en de opvolging. (8)

Uit de interviews kunnen we een aantal mogelijke verklaringen vinden voor de lage gebruiksfrequentie van de tool. Een aantal artsen gaven eerlijk toe de vragenlijst te lang en tijdrovend te vinden. Door de hoge werkdruk konden ze vaak de tijd niet vinden om deze volledig in te vullen of zagen ze hier toch tegenop. Een ander argument is dat de tool niet volledig aangepast is aan de huisarts. Momenteel wordt de tool vooral aangeboden aan werknemers die in loondienst zijn bij een werkgever. Hierdoor handelen een aantal vragen over de relatie met een overste of collega's. De meeste huisartsen werken op zelfstandige basis en soms zelfs solo. Omdat in de tool deze vragen niet overgeslagen kunnen worden, vreesden sommige huisartsen ook over een vertekend beeld van hun resultaat waardoor ze ook minder geneigd waren de vragenlijst nog eens in te vullen. Om deze reden zijn ze ook minder geneigd om het onlineprogramma aan te bevelen bij collega's.

Een ander interessant argument is dit van het gebrek aan sociale begeleiding. Een van de pijlers van dit onderzoek was dat er op zoek werd gegaan naar een programma dat 24h op 24h beschikbaar was, flexibel en laagdrempelig was en strikte anonimiteit garandeerde, zoals aangeraden werd in de richtlijnen van het KCE. (3) In de hedendaagse maatschappij van mobiel internet, smartphones en tablets, leek de keuze voor een online coachingprogramma een slimme zet. Ondanks het feit dat enkele artsen dit ook beaamden in hun interviews, en het programma gebruiksvriendelijk leek voor computerleken, misten veel artsen persoonlijke begeleiding.

In tegenstelling tot wat initieel dus gedacht werd, zitten de onderzochte artsen niet in met de anonimiteit. Zij stellen dat het coachingprogramma een goede tool is om te informeren en te sensibiliseren. Het is interessant om te weten hoe goed of hoe slecht je scoort of waar de pijnpunten zitten. Echter als iemand echt in een burn-out zit, schiet de tool op zich wat te kort. Voor de eigenlijke

behandeling wordt toch de voorkeur gegeven aan persoonlijke begeleiding door iemand die hierin ervaren is zoals een coach of psycholoog. Dit is trouwens ook het opzet van de tool: mensen sensibiliseren, bewust maken, hun veerkracht versterken en hun werkhulpbronnen bufferen om de werkstressbeleving te beheersen en een effectieve burn-out zo veel mogelijk te voorkomen. Mocht een persoon toch in een effectieve burn-out zijn beland, is individuele coaching primair aangewezen. In kader van de re-integratie kan de online coachingstool extra ondersteunend zijn, ook ter preventie van herval. Deze informatie werd ook duidelijk gecommuniceerd met de deelnemende artsen op de geaccrediteerde navorming 'Zelfzorg en burn-out preventie bij de huisarts' in het Centraal labo te Hasselt op 7 april 2016.

Zoals reeds aangehaald, wordt het programma momenteel reeds door werkgevers aangeboden in zowel profit als non-profitsector. Werknemers worden door hun werkgevers gemotiveerd en aangespoord om deel te nemen en de nodige begeleiding wordt voorzien. De onderzochte huisartsen geven aan dat indien er meer bekendheid over dit programma komt bij de huisartsen en de nodige begeleiding voorzien kan worden, dit een uitstekende tool vormt voor een eerste screening en eventueel ook als coaching voor betere zelfzorg.

De artsen die deelnamen aan de studie konden, indien persoonlijke begeleiding gewenst was, contact opnemen met Sonja Reckers of Doctors4Doctors. Aangezien de tool volledig anoniem verliep voor deelnemers en onderzoeker, is niet geweten of hier gebruik van werd gemaakt. Dit valt buiten het bestek van dit onderzoek.

Wat betreft de andere vragenlijsten die gebruikt worden in de tool zien we, op enkele positieve tendensen na, over het algemeen een gelijkaardige score aan het begin van de studie en na zes maanden gebruik. De resultaten op deze vragenlijsten tonen ons echter wel enkele andere interessante bevindingen. Zo scoren de onderzochte huisartsen bijvoorbeeld hoog op de subschalen 'Geestelijke belasting', 'Verstandhouding met collega's' en 'Vaardigheidsbenutting'. Bovendien geven artsen aan onvoldoende gewapend te zijn tegen problemen op het werk. Ze investeren weinig in vrije tijd en zijn ze ook nog eens slecht in afstand te nemen van hun werk eenmaal thuis. Deze bevindingen lopen gelijkaardig in het begin van de studie en na zes maanden gebruik van de tool. Dit geeft ons ook meteen een antwoord op een deel van de onderzoeksvraag: Er is geen significant effect op de zelfzorg en controle op de beroepsactiviteit bij de onderzochte groep huisartsen na gebruik van het online coaching programma 'Met goesting aan het werk?!'. Ook hier kunnen we gelijkaardige argumenten aanhalen als mogelijke verklaring. Door tijdsgebrek en de tijd die het invullen van de tool in beslag neemt, werden weinig 'als…dan' plannen aangemaakt. Ook het gebrek aan persoonlijke begeleiding speelt hier mogelijks een rol bij. De tips en feedback werden over het algemeen goed ontvangen en de reacties waren lovend, doch geeft dit geen absolute zekerheid over hoe goed deze nageleefd en uitgevoerd werden.

Sterktes en zwaktes

Een grote sterkte van dit onderzoek is dat dit een eerste pilootproject is waarbij gezocht wordt naar een onlineprogramma dat zowel kan dienen als screening naar burn-out bij huisartsen om ze enerzijds te sensibiliseren maar anderzijds ook een vorm van coaching kan bieden dat leerrijk, laagdrempelig, flexibel en anoniem is. Dit met als doel huisartsen aan te sporen beter aan zelfzorg te doen en meer controle te laten uitoefenen over hun beroepsactiviteit.

Dit onderzoek kent echter wel een aantal beperkingen. Doordat dit onderzoek uitgevoerd werd in het kader van een MANAMA-thesis werd er gewerkt met een kleine studiepopulatie (n=10) over een korte onderzoeksperiode (6 maanden). Grotere en langdurige onderzoeken zouden de resultaten van deze studie mogelijks wel kunnen weerleggen (of bevestigen).

Bovendien is er ook sprake van een deelnamebias. De huisartsen werden niet gerandomiseerd maar geïncludeerd op basis van hun interesse in het onderzoek. Mogelijks zijn huisartsen die meer belangstelling tonen voor het onderwerp of zich mogelijks in een burn-out bevinden sneller gemotiveerd om deel te nemen aan dit soort onderzoeken. Tevens zijn alle deelnemende huisartsen lid van de kring Herkenrode en Houthalen-Helchteren. Mogelijks zijn hierdoor de deelnemers niet voldoende gevarieerd om representatief te zijn voor de totale huisartsenpopulatie. Bovendien is er ook geen controlegroep. We weten dus niet of het niet bekomen van een significant effect na gebruik van de tool mogelijks te wijten is aan andere factoren.

Doordat de tool niet specifiek aangepast werd aan de huisarts vooraleer deze aangeboden werd aan deze beroepsgroep, zijn de resultaten mogelijks ook vertekend.

Besluit

Burn-out is een actueel thema dat ook bij huisartsen de nodige aandacht verdient. Enerzijds omdat zij door de lange werkdagen, de hoge werkdruk en het onevenwicht tussen privé- en werkleven *at risk* zijn voor het ontwikkelen van burn-out. Anderzijds omdat zij door hun zelfstandigenstatuut ten eerste geen sociaal vangnet hebben bij ziekte, en ten tweede ook geen controle of bescherming hebben door een overste of collega's.

Daarom dient er een programma ontwikkeld te worden waarmee huisartsen gescreend kunnen worden naar burn-out en/of gecoacht kunnen worden om beter voor zichzelf te zorgen zowel in het privé- als professioneel leven. In deze moderne maatschappij kan een onlineprogramma dat zeven dagen op zeven doorlopend raadpleegbaar is een oplossing bieden.

In dit pilootproject bij tien huisartsen uit de kring Herkenrode en Houthalen-Helchteren werd er geen significant effect gevonden in risicoreductie van burn-out, noch op de zelfzorg en beroepsactiviteit na zes maanden gebruik van het online coachingprogramma 'Met goesting aan het werk?!'. Verder onderzoek op grotere schaal (populatie én duur) met een controlegroep is nodig om deze resultaten te bevestigen of te weerleggen.

Desalniettemin werd het project over het algemeen wel goed onthaald door de onderzochte huisartsen. Mits de nodige bekendheid en veranderingen, aangepast aan het doelpubliek raden huisartsen de website aan hun collega's in nood aan. Het programma is een goede tool voor screening omdat het aanzet tot sensibilisatie en artsen aanspoort om beter aan zelfzorg te doen of indien nodig hulp te zoeken. Bovendien is het ook een bron van informatie over het onderwerp zelf waardoor het bijdraagt aan begrip en inzicht over oorzaak en aanpak van burn-out. Wel is er voor de behandeling van burnout volgens de onderzochte huisartsen wel nog nood aan extra begeleiding door een expert.

Referenties

1. Maslach C, Jackson SE, Hillsdale N, Erlbaum L. Burnout in the health professions: A social psychological analysis. G. Sanders & J. Sub (Eds.), Social psychology of health and Illness; 1982;227-251.
2. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Recherche sur le Burnout au sein de la population active belge: rapport final. SPF Emploi; 2010.
3. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak; 2011.
4. Fédération des Maisons Médicales. Le burn-out: quand s'ouvrent les portes du vide... . Santé Conjug; 2005;32.
5. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. Ann Intern Med; 2002; 136:358–67.
6. Sonja Reckers, Hans De Witte. Met goesting aan het werk?! Gevalideerd ESF dossier.
7. Sonja Reckers. Managen van stress en veerkracht. Als middel om langer en duurzaam aan de slag te 'kunnen' en 'willen' blijven. Praktijkboek kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen, afl. 46 december 2014, 1807 - 1024.
8. Gezondheidspromotie van het Jessa Ziekenhuis, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen - Onderzoeksgroep Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie (WOPP), KU Leuven. 'Met goesting aan het werk?!' www.metgoestingaanhetwerk.com
9. Schaufeli W, Van Dierendonck D. Utrechse Burnout schaal (UBOS): Psycodiagnostisch gereedschap. De psycholoog; 2001
10. Schaufeli W, Bakker A, Utrechtse bevlogenheidschaal (UBES): voorlopige handleiding. 2003. http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Handleiding_UBES.pdf
11. Notelaers G, De Witte H, Van Veldhoven M, Vermunt JK. Construction and validation of the Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards. Arbeidsgezondheidszorg en ergonomie, BAND XLIV; 2007.
12. Rigotti T, Schyns B, Mohr G. A Short Version of the Occupational Self-Efficacy Scale: Structural and Construct Validity Across Five Countries. Journal of Career Assessment 16(2) ;May 2008.
13. Sonnentag S, Fritz C. The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. J Occup Health Psychol; 2007 Jul; 12(3): 204-21.
14. Schreurs PJG, Tellegen B, Van De Willige G. Gezondheid, stress en coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. Gedrag: tijdschrift voor psychologie; 1984.
15. Kramer J. Assertiviteitsschaal. Research Associate - Trimbos-instituut, Utrecht · Innovation Centre of Mental Health & Technology.
16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine Volume 9, Issue 1; Februari 1979, pp 139-145.
17. Leefstijlvragenlijst. ISW-Limits. www.iswlimits.be

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité

Subject: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Zelfzorg bij artsen: Kunnen we door middel van een online tool zelfzorg bij artsen bevorderen en aangepaste hulp bieden?"

From: Martine Goossens - To: Mieke Vermandere - Date: 27 april 2016 13:40

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Zelfzorg bij artsen: Kunnen we door middel van een online tool zelfzorg bij artsen bevorderen en aangepaste hulp bieden?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Zelfzorg bij artsen: Kunnen we door middel van een online tool zelfzorg bij artsen bevorderen en aangepaste hulp bieden?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 2: Protocol Ethisch comité

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Zelfzorg bij artsen: Kunnen we door middel van een online tool zelfzorg bij artsen bevorderen en aangepaste hulp bieden?" (mp11170)

Zelfzorg bij artsen: Kunnen we door middel van een online tool zelfzorg bij artsen bevorderen en aangepaste hulp bieden?

Student(en): Debora Di Giacinto

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Artsen zijn zodanig bezig met de zorg voor anderen, dat ze soms vergeten om ook voor zichzelf te zorgen. Studies hebben reeds aangetoond dat de zware werkbelasting, lange werkdagen, hopen papierwerk en werkgerelateerde stress bij artsen aanleiding kunnen geven tot burn-out, depressie, relatieproblemen, middelenmisbruik en zelfs suïcide. Het probleem is echter dat artsen de hulpvraag vaak zelf niet stellen of zelf niet aan de alarmbel durven trekken. De vraag is wat wij kunnen doen om onze collega's die met zulke problematiek geconfronteerd worden, te helpen. Moeten artsen bijvoorbeeld in de toekomst gescreend worden op zulke problematiek?

Vraagstelling:

Kunnen we artsen helpen door ze online een module aan te bieden om vroegtijdig dit soort problematiek te kunnen opsporen en ze tijdig advies en hulp op maat aan te bieden?

Methodologie:

'Met goesting aan het werk' is een project dat ontworpen werd door Sonja Reckers, stafmedewerker gezondheidspromotie in het Jessa Ziekenhuis en Hans De Witte, professor arbeids- en organisatiepsychologie aan de KULeuven. Dit project bestaat o.a. uit een online coachingprogramma dat aan de werknemers van het Jessa ziekenhuis aangeboden wordt om werkstress te voorkomen enerzijds en anderzijds om met werkstress te leren omgaan. Werknemers worden uitgenodigd om een online module te doorlopen die bestaat uit een aantal vragenlijsten die als meetinstrument dienen voor o.a. burn-out, depressie, middelenmisbruik, leefstijlfactoren, etc... Op basis hiervan wordt een analyse uitgevoerd met hieraan gekoppeld advies en hulp op maat. Mijn manamathesis zal een pilootstudie worden waarbij dit project aangeboden wordt aan een groep huisartsen. De studiepopulatie zal bestaan uit huisartsen die werkzaam zijn binnen een bepaalde regio in de provincie Limburg waar ik zelf ook mijn HAIO-opleiding volg. Dit met de bedoeling om het project actief voor te stellen en ook actief de studiepopulatie te rekruteren, eventueel gekoppeld aan navormingen voor huisartsen. Achteraf worden de ervaringen van de artsen die deelnamen aan dit project bevraagd via een online vragenlijst die via mail verstuurd zal worden.

In bijlage kunnen twee documenten teruggevonden worden om de aanvraag beter te kunnen staven: - een goedkeuring van het reeds bestaande project 'Met goesting aan het werk'. Bij indiening aan het ethisch comité had het project nog een andere naam: 'verhoog je draagkracht, verminder je stressklacht'. De naam werd gewijzigd omdat de nieuwe naam veel positiever, uitnodigender en veerkachtverhogender klinkt.

- een uitgebreider verslag over de achtergrond van de keuze van het onderwerp en de verdere opvolging van het project.

Referenties: Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

28879_1459715797_2807_getekende_goedkeuring2_pdf.pdf
91619_1459715985_0895_Achtergrond_keuze_manamathesis_en_verdere_opvolging_pdf.pdf

Promotor: Mieke Vermandere (mieke.vermandere@med.kuleuven.be - u0062287 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer: mp11170

Bijlage 3: Bijlage 1 protocol Ethisch comité

Achtergrond keuze manamathesis en verdere opvolging

1. Groeiend bewustzijn van de noodzaak van burnout preventie bij artsen.

Doctors4Doctors organiseerde in 2015 een opleiding over 'gatekeepers'. Dit zijn artsen die als functie hebben een aanspreekpunt voor collega's te zijn.

Met twee workshops:

1. luisteren zonder oordeel

2. Barrières bij artsen om hulp te zoeken

Een collega vertelde mij hierover omdat ze wist dat ik geïnteresseerd was in een manamathesis over burn-out bij artsen. Samen zijn we beginnen brainstormen over een mogelijke manathesis over dit onderwerp. Ik volgde ook een brainstormsessies samen met andere collega's HAIO en een aantal leden van D4D. Zo kwam ik op het idee om enerzijds te willen screenen op burn-out maar anderzijds ook een interventie te willen aanbieden. Een van de leden stelde voor om een onlinetool te creëren voor screening. Toeval wou dat een patiënt, die verpleegkundige is in het Jessa ziekenhuis in Hasselt en in een burn-outproces zat mij vertelde over het project 'Met goesting aan het werk'. Dit is een online tool die aan de hand van gevalideerde vragenlijst screent op burn-out, depressie, middelenmisbruik, ... en nadien de resultaten van deze lijsten analyseert en terugkoppelt naar de persoon zelf met gepersonaliseerde adviezen en tips. Personen die risico lopen op bijvoorbeeld suïcide, worden ook aangespoord om contact op te nemen met bepaalde professionelen en/of instanties voor verdere hulp. Er werd een onderzoek gedaan over de effectiviteit van deze tool op de daling in burn-out bij de personeelsleden van het Jessa Ziekenhuis Hasselt, het Sint-Franciskusziekenhuis Heusden-Zolderen het Wit-gele kruis Limburg. Er werd een significante daling gevonden in het aantal burn-out gevallen na gebruik van deze tool.

Ik nam contact op met Sonja Reckers, stafmedewerker gezondheidspromotie in het Jessaziekenhuis in Hasselt, die deze tool samen met professor Hans De Witte van de KULeuven ontwikkelde. Zij gaf mij de nodige informatie over de tool en gaf mij de mogelijkheid om dit project door te trekken naar de huisartsen van Limburg. Zo kon ik voor mijn thesis enerzijds de haalbaarheid van deze tool in de huisartsensetting onderzoeken en anderzijds ook de ervaringen van de huisartsen nagaan.

Doelstellingen manama burn-out preventie

- Zelf-screening door artsen en hierdoor zelfzorg bevorderen

- Ontwikkelen van toenemend bewustzijn van eigen functioneren, van eigen grenzen, van emotionele balans, en algemeen welbevinden

<u>Wat na de screening?</u>
Na de screening worden teruggekoppelde adviezen gegeven. Indien een arts zich in rode zone bevindt (en bijvoorbeeld een hogere risico heeft op suïcide), heeft hij de mogelijkheid om zich te wenden tot:
-Sonja Reckers

- Ze biedt ook workshops aan in stressmanagement, timemanagement enz.

-Co-arts

- zie verder

Toekomst

In april 2016 organiseert D4D een opleiding co-artsen als vervolg op de opleiding 'gatekeepers'. Een co-arts faciliteert en ondersteunt hulpverlening, zorgt voor topics zelfzorg in navormingen, wordt begeleid door D4D, heeft een vrijwillig mandaat. De co-arts maakt zelf een mindmap met sociale kaart. Alle kringvoorzitters ontvangen een brief van de functieomschrijving van co-arts. Er is een lijst co-artsen beschikbaar bij DOMUS MEDICA; deze worden ook verspreid via de kring. Taak als co-arts:

-luisteren/ondersteunen

-sociale kaart

-zorgen voor bijscholingen over zelfzorg -verplichte intervisie

-bevorderen dat iedere huisarts een huisarts kiest -cultuurverandering

-promotie zelfzorg

Mijn manathesis zal dus een klein onderdeel zijn van een groter geheel dat door Doctors4Doctors verder opgevolgd en ondersteund zal worden. Bovendien is er ook een werkgroep 'Zelfzorg bij artsen in Limburg' die hieruit gegroeid is en de manathesis mee opvolgt. Mijn doel van de manamathesis is om zelfzorg bij artsen te bevorderen. Ik wil in eerste instantie het taboe rond burn-out verbreken. Ik wil een tool aanbieden die makkelijk en volledig anoniem bereikbaar is, 24/24 en 7/7. Zo hoop ik dat de stap voor artsen veel kleiner wordt om hulp te zoeken als het nodig is. Je zou dus kunnen stellen dat de tool kan dienen als eyeopener voor vele artsen. Daarboven kunnen de teruggekoppelde adviezen dienen als tips om de levensstijl aan te passen, beter om te gaan met stress, beter te plannen, etc... Voor veel artsen kan deze tool ook dienen om anoniem in contact te geraken met een aantal personen die hen persoonlijk kan verder helpen (zoals Sonja Reckers en de Co-artsen). Dus, artsen die in een risicozone zitten, worden geadviseerd om professionele hulp te zoeken en hieraan gekoppeld krijgen ze dus ook een lijst van contactpersonen die hen hierbij kunnen helpen.

Bijlage 4: Bijlage 2 Protocol Ethisch comité

JESSA ZIEKENHUIS

ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE
Voorzitter : dr. Magerman : Tel. 011/30.97.52
Secretariaat : Tel. : 011/30.91.11
Fax : 011/30.91.18
E-mail:ethische.toetsingscommissie@jessazh.be
O.G. 107

Studie met ons **referentienummer: 10.19/PHL10.01**

titel protocol:	Verhoog je draagkracht, verminder je stressklacht Computertailoring programma voor het versterken van de draagkracht en het verminderen van de stressklachten
datum protocol:	-
farmaceutische firma:	-
ingediend door:	Sonja Reckers

Beoordeling van het type protocol:
Initieel: aanpassing na bemerkingen

Volgend document met betrekking tot de studie kwam opnieuw aan bod:
- Protocol

Het onderzoeksvoorstel werd aangepast aan de gestelde opmerkingen.

De Ethische toetsingscommissie heeft het aangepast document ontvangen en keurt hierbij de studie goed. Zij heeft geen bezwaar tegen de uitvoering van de studie.

De ethische commissie is georganiseerd en handelt volgens de richtlijnen van GCP/ICH.

De onderzoeker en/of één van zijn medeonderzoekers zijn geen lid van de Ethische Commissie.

Dr. Koen Magerman
Voorzitter Ethische Toetsingscommissie

30 maart 2010

Bijlage 5: Resultaten vragenlijsten meting 1 en 2

Vragenlijst	MGR770900		MGR770902		MGR063584		MGR948076		MGR508963		MGR826353		MGR466568		MGR862209		MGR618974		MGR867806		P- Waarde
Meting	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
SIMPH																					
Werktempo en hoeveelheid	2,33	2,67	2,67	2,67	2,00	2,00	2,00	1,67	2,67	3,67	0,33	1,00	1,67	2,00	2,00	0,00	1,00	0,67	3,00	3,00	0,45
Geestelijke belasting	3,00	3,00	2,67	2,67	2,00	2,00	3,00	2,00	2,67	3,33	2,67	2,67	2,00	1,67	2,67	0,00	2,33	2,67	3,00	3,00	0,17
Emotionele belasting	2,00	1,67	2,33	2,33	2,00	2,00	1,33	2,00	2,00	3,33	1,00	2,67	1,00	1,67	2,00	0,00	1,67	2,67	2,00	3,00	0,22
Verstandhouding met collega's	2,00	1,33	3,00	3,00	2,33	1,67	1,00	1,67	0,67	2,33	2,00	2,33	2,33	1,33	2,33	0,00	3,00	3,00	2,00	2,00	0,28
Verstandhouding met leidinggevende	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,33	0,00	2,33	1,00	1,33	2,33	0,00	1,33	3,00	2,00	2,00	1,00	3,00	0,00	0,00	0,41
Vaardigheids-benutting	1,40	1,20	1,80	1,80	2,00	2,33	2,80	2,00	1,80	1,00	3,00	0,00	1,60	3,00	2,20	0,00	2,20	2,60	1,40	1,40	0,32
Autonomie in het werk	0,50	0,00	1,75	1,75	1,00	2,40	1,50	2,80	0,75	1,80	2,50	0,00	0,75	2,60	0,75	1,40	2,25	2,25	1,50	1,50	0,50
Inspraak	1,00	0,00	0,50	2,33	1,00	2,25	0,25	1,75	1,75	1,00	2,00	0,00	1,25	2,25	0,50	1,50	0,50	2,00	1,00	1,17	0,44
Tegenstrijdige taken	1,00	1,00	0,50	0,50	1,00	0,25	0,25	0,00	1,75	2,00	2,00	0,25	1,25	1,50	0,50	0,00	0,50	0,50	1,00	1,00	0,09
Onduidelijke taken	2,00	1,33	2,00	2,00	2,00	2,33	2,00	3,00	1,00	1,33	2,33	3,00	1,67	1,00	2,00	0,00	2,00	2,33	2,00	2,00	0,41
Jobonzekerheid kwantitatief	1,00	0,33	1,00	1,00	0,67	1,00	1,00	1,00	0,67	0,67	1,00	1,00	0,67	1,33	1,33	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,29
Jobonzekerheid kwalitatief	0,75	1,25	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,25	1,75	0,50	0,00	0,25	1,00	0,00	0,00	0,25	0,25	0,25	0,25	0,09
OCCUP	3,00	2,00	3,00	3,00	2,67	3,00	2,50	3,17	2,83	0,50	3,83	4,00	2,00	2,83	2,00	0,00	3,00	3,33	1,17	1,17	0,21
Recuperatievormen																					
psychological detachment	1,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,25	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50	3,50	2,50	2,25	0,00	0,00	0,75	0,75	0,25	0,25	0,13
relaxation	2,25	3,25	2,25	2,25	2,00	2,00	1,00	2,50	3,00	2,75	3,00	3,00	1,00	1,75	0,50	0,00	3,50	3,00	0,00	0,00	0,18
mastery experiences	1,75	2,50	1,50	1,50	2,25	1,25	2,00	1,50	1,75	2,75	3,25	2,50	2,25	3,00	0,75	0,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,41
control	1,75	3,00	1,25	1,25	1,50	2,50	1,25	1,75	2,50	2,50	5,00	3,00	1,50	1,50	4,50	0,00	3,50	3,00	1,50	1,50	0,22

Vragenlijst	MGR770900		MGR770902		MGR063584		MGR948076		MGR508963		MGR826353		MGR466568		MGR862209		MGR618974		MGR867806		P- Waarde
Absenteisme-Presenteisme																					
AFW1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	3 / 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
AFW2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3 / 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
PRESENT	3 / 4	3 / 4	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	3 / 4	2,00	2,00	5+	5+	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	0,43
UCL-copinglist																					
expressie van emoties	1,00	1,33	1,67	1,67	1,00	1,33	1,67	2,00	1,33	2,00	0,33	0,67	0,67	1,00	1,33	0,00	1,33	1,33	1,00	1,00	0,29
passief reactiepatroon	1,29	1,86	0,29	0,29	0,71	0,43	0,86	1,29	1,14	1,14	0,43	0,00	0,86	0,86	1,29	0,00	0,71	0,29	1,57	1,57	0,20
palliatieve coping	1,75	1,38	1,00	1,00	0,88	1,00	1,25	1,88	1,63	0,88	1,50	0,75	0,75	1,50	0,75	0,00	0,50	1,00	1,38	1,38	0,37
geruststellende gedachten	1,75	2,00	1,00	1,80	0,88	1,20	1,25	2,00	1,63	0,60	1,50	2,20	0,75	2,00	0,75	0,00	0,50	1,60	1,38	0,80	0,24
sociale steun zoeken	1,80	2,17	1,80	1,83	1,60	1,17	1,40	1,83	2,00	0,83	2,20	1,17	1,40	1,00	0,80	0,00	1,80	1,50	0,80	1,67	0,07
actieve vorm van coping	2,00	0,86	1,83	1,71	1,00	1,71	3,00	1,71	1,50	0,86	0,83	2,29	1,67	1,00	0,67	0,00	1,50	1,86	1,67	0,57	0,20
vermijdingsgedrag	1,38	1,38	0,75	0,75	1,13	0,63	1,50	2,00	2,13	1,13	0,75	0,88	1,13	1,63	1,50	0,00	0,75	0,75	1,13	1,13	0,23
Assertiviteit																					
actief assertief	1,67	1,67	1,33	1,33	1,00	1,00	1,56	1,44	0,67	1,44	1,11	1,67	0,89	0,78	0,89	0,00	0,89	0,89	1,33	1,33	0,44
passief assertief	1,33	1,50	0,83	0,83	1,17	1,00	1,17	1,17	1,17	1,50	1,17	0,00	2,00	2,17	2,00	0,00	1,17	0,50	2,67	2,67	0,09
General Health Questionaire	1,17	1,00	1,67	1,67	1,17	1,42	0,83	0,67	1,00	0,83	0,75	1,50	1,08	1,33	0,75	0,00	1,00	1,17	1,25	1,25	0,45

Tabel 15 Vergelijking vragenlijsten meting 1 en 2 met bijhorende p-waarden

Bijlage 6: Interviews

2 korte vragen, telefonisch afgenomen:

1. Wat vond u algemeen van de tool?
    a. En van de feedback/ tips?
2. Zou u de tool aanbevelen aan collega's met risico op burnout?
    a. Zou je de tool gebruiken in uw beleid bij patiënten met burnout?
3. Vindt u de tool voldoende aangepast aan de huisarts?

Antwoorden: Interview 1.

1. Algemeen genomen vind ik de opzet wel goed, de vragen zijn goed opgesteld, neemt wel wat tijd in beslag, maar de adviezen zijn wel interessant. En ook nuttig om jezelf zo eens te analyseren, ookal omdat je dit van jezelf niet altijd goed kan inschatten. En dan komen er soms wel verassingen uit de bus.
    a. De tips op zaterdagmorgen (ook een goed tijdstip, want door de week verlies je dit anders in alle andere mails) zijn echt wel nuttig: kort, vlot, duidelijk. Kleine dingen, niet te ingewikkeld, maar wel heel nuttig.
2. Zeker aan te raden voor collega's. De vraag is alleen of die collega's die at risk zijn, hier de tijd voor maken, of hier voor openstaan, ... zeker omdat je in zo'n situatie in een vicieuze cirkel zit en maar blijft doorgaan zoals je bezig bent. Maar met de juiste bewustmaking en bekendheid dat het bestaat, en met voldoende aandacht moet dit wel een meerwaarde zijn denk ik. Naar patiënten toe, kan het ook wel zijn meerwaarde hebben, maar dan moet hij/zij wel in de fase zitten dat hij er aan wilt werken, en proberen consequent te zijn en bv. de tips goed ter harte te nemen... niet altijd eenvoudig voor mensen die soms diep zitten of in een bepaalde fase vastzitten. Maar algemeen genomen wel een goede hulp denk ik.
3. Ik denk dat die wel goed aangepast is.

Antwoorden Interview 2.

1. Ik moet eerlijk toegeven dat ik na een tijdje geen gebruik meer heb gemaakt van de tool en dat ik de mails met tips automatisch verwijderd heb bij ontvangst. Ik ben ook geen burnout patiënt. Maar ik denk dat mensen die er wel nood aan hebben, het wel goed kunnen gebruiken. Maar voor mij was het niet relevant.
2. Ja ik zou het wel aanraden aan collega's of aan patiënten.
3. Vond u de tool voldoende aangepast aan de huisarts?
    a. Ja, toch wel.

Antwoorden Interview 3.

1. Voor mij was het een plezante tool. Het is fijn om de tips te krijgen, nog gevolgd te worden, om de vragenlijst nog eens te kunnen invullen, … Ik moet zeggen dat ik van die laatste optie minder gebruik heb gemaakt omdat ik niet goed wist 'Is het nu een goed moment om het opnieuw in te vullen'. Heb ik nu bijvoorbeeld genoeg dingen gelezen, mij voldoende geinformeerd, voldoende tips opgevolgd,… om die vragenlijst nu opnieuw te gaan invullen en daarom heb ik het maar een keer ingevuld, maar de bedoeling was om het meerdere keren in

te vullen. Als ik nu echt in de problemen had gezeten, dan was ik waarschijnlijk wel meer gemotiveerd geweest om het meer in te vullen. En ook om meer aandacht te geven aan de min- en pluspunten en er echt tegenaan te gaan. Het zou misschien wel fijn geweest zijn om een contactpersoon te hebben gehad om persoonlijke begeleiding aan te kunnen vragen of meer uitleg te krijgen bij mijn feedback.
    a. Maar regelmatig zo'n mail krijgen met tips vond ik wel fijn. Niet altijd heb ik ze goed gelezen maar meestal deed ik wel mijn best en probeerde ik de adviezen ook echt te volgen.
2. Ja ik ken iemand die professioneel er onder door zat en die heb ik dan over de tool verteld en die is zich gaan aanmelden in het Jessa Ziekenhuis. Maar voor deze tool te gebruiken moet je ook een goedkeuring of toelating krijgen wat goed is, het wordt bewaakt. Het laagdrempelige, het wordt regelmatig geupdated, … Bij iemand die echt in een burnout zit waar je echt met werkonbekwaamheid zit en je echt met een behandeling moet werken gaat de tool zeker niet voldoende zijn maar wel aanvullend om van start te gaan en om waakzaam te blijven. Voor iemand die risico loopt is het wel nuttig om de tool te kunnen aanbieden om aan zelfevaluatie te kunnen doen. Om te kunnen zien wat je voor jezelf kunt doen of om te kijken waar de pijnpunten zitten. Zijn er eerder problemen in je privesfeer, is het persoonlijk gerelateerd? Dan weet je ook op welk vlak je aan het werk moet en wat je werkpunten zijn. Diagnostisch lijkt het me dus zeker nuttig. Als je bijvoorbeeld als patiënt toestemming zou geven aan de arts om zicht op te hebben op de antwoorden en de resultaten zou dat natuurlijk ook helpen. Maar het plezante van de tool en de terugkoppeling is wel goed.
3. Aangepast aan de huisarts? Het is nu natuurlijk een tijdje geleden dat ik de tool heb ingevuld, maar ik denk het wel. Vragen over hoe het werk georganiseerd is, hoe is je werkomgeving, … Ik denk het wel. Maar je moet het natuurlijk algemeen houden. Huisartsen hebben een speciale manier van werken. Ik werk bijvoorbeeld alleen en dan kon ik sommige dingen niet kunnen invullen. Maar voor de rest wel goed aangepast.

Antwoorden: Interview 4.

1. Ja, ik vond het een mooie tool. Nadat ik die volledig had kunnen doorlopen moet ik zeggen dat ik het wel een goed project vond.
    a. De tips heb ik allemaal gelezen en ik vond ze erg nuttig. Globaal gezien vind ik het een mooi initiatief.
2. Ja (zeer kort geantwoord).
3. Ja.

Antwoorden: Interview 5.

1. Ik was mee in de opstartfase van het pilootproject. Ik heb van in het begin achter het project aangezeten en ik heb mij daar dan ook 200% voor ingezet. Ik vond de tool heel goed. Ik denk dat het artsen sensibiliseert om na te denken, om in bewustzijn te gaan met wat ze eigenlijk bezig zijn.
    a. Ik vond de tips heel goed, want als ik tussen de raadplegingen door de tips las paste ik dat ook wel toe tijdens de raadplegingen als de patiënten spanningsklachten hadden.
2. Ja, het is natuurlijk iedereen zijn eigen ingesteldheid. De een gaat zo om met een probleem, de ander zo. Maar het brengt u tot bewustzijn, telkens opnieuw. En als ge dreigt te vergeten, komt het terug. Dus voor iemand die zelf geen therapie zoekt, is dit wel een anonieme tool die

zeer toegankelijk is en weinig bedreigend is voor mensen. Dus in die zin is dit voor een bepaald publiek wel ok denk ik.

3. Ja, ik vond de tool voldoende aangepast aan de huisarts.

Antwoorden: Interview 6.

1. Ik vond de tool heel verrijkend. Je leert daar dingen uit. Bijvoorbeeld dat burnout meer is dan alleen overwerkt zijn of te ver gaan. Dat er ook fysieke, mentale factoren zijn die een rol spelen. Voeding, slaap, dat het heel uitgebreid is. Dat er veel meer is. Soms waren er vragen bij waarvan ik dacht 'Allez, speelt dat nu ook een rol?'. Dingen die verband houden met burn-out waar je geen rekening mee houd. Ik vond de tool ook redelijk gemakkelijk. Gewoon aanvinken en doorklikken. Voor een niet IT-er toch gemakkelijk.
    a. Ik heb de tips ontvangen en bekeken. Meestal las ik ze in het weekend. En dan dacht ik wel van 'Ohja, daar moet ik eens mee rekening houden'. Natuurlijk, het lezen en het ook nog eens uitvoeren, is niet zo evident. Er staat dan bijvoorbeeld bij dat ik op mijn voeding moet letten, meer tijd moet maken, meer moet slapen, meer moet ontspannen,… Het lukt niet altijd. Maar is wel een tool die niet veel energie vraagt of waar je van zegt 'wat moet ik hier allemaal gaan doen'. Maar het zijn eerder dingen die van zelfsprekend zijn en die je zou kunnen uitvoeren. Dus de feedback die je krijgt, is te doen. Kijk eens naar je voeding, wat heb je van ontspanning gedaan, rust je genoeg, hoe is het met je alcoholgebruik,… Dingen die alledaags zijn. Dus ik vind het realistisch.
2. Ik raad die zeker aan.
    a. Ik zeg zelfs tegen patiënten kijk eens op de site 'www.metgoestingaanhetwerk.be'. Het kost wel tien euro, maar bekijk het eens. Doe ermee wat je wil maar ik vind het een gemakkelijke, goed toegankelijke tool die wetenschappelijk ook heel waardevol lijkt te zijn. Ook de feedback die je krijgt is zinvol om te weten 'Waar zit ik of hoe diep zit ik'. Je krijgt die feedback onmiddellijk en dat heeft toch wel waarde. Bij een andere tool zou je denken: 'Ik heb het ingevuld, maar wat nu?'. Nu weet je: dit zijn je zwakke plekken en hier moet je aan denken. Dus ik vind het een hele goede site omdat die ook wetenschappelijk onderbouwd is.
3. Zeker wel voldoende aangepast en ook makkelijk in gebruik voor mensen die niet zo handig zijn met de pc.

Antwoorden: Interview 7

1. Ik ben toen op uw voorstelling geweest in het centraal labo en ik heb er nadien wel mails van gehad maar ik denk niet dat ik het zelf goed heb ingevuld.
    a. De mails las ik wel. Die vond ik wel interessant maar veel van die tips zijn niet nieuw. Als huisarts weet ik die dingen wel en zeg ik ze ook tegen de patiënten. Af en toe zat er wel iets nieuws en leerrijks bij.
2. De markt wordt groter. Veel mensen zijn online bezig dus ik denk dat dit een interessante pad is. Vooral omdat het altijd en overal bereikbaar is. Maar ik heb te weinig tijd gehad om mij hier te goei achter te zetten. Ik had er graag volledig aan deelgenomen, maar ik heb wat moeten klasseren.
3. Ja.

Antwoorden: Interview 8.

1. (+3) Ik moet toegeven dat ik de tool te lang en te uitgebreid vond. Ik kon niet op alle vragen antwoorden ofwel moest ik een verkeerd antwoord geven. Zo vroegen ze bijvoorbeeld 't.o.v. de relatie met je overste' maar ik heb geen overste. Dus kon ik daar niet op antwoorden en dan kreeg ik verkeerde adviezen en dat irriteerde mij een klein beetje. Ik vind dat het niet genoeg aangepast is aan de huisarts en dat ik ook te veel en te lang moest invullen. Ik moet toegeven dat ik er eerder stress van kreeg i.p.v. mij te ontspannen. Ik kreeg er stress van dat ik zoveel moest invullen. Ik vond het te lang, het moest korter zijn. Dat zijn twee opmerkingen die ik heb. Daarom heb ik het nadien ook niet meer opgevolgd. Ik had een relatief goede uitkomst en daarom heb ik de tijd ook niet genomen om de rest nog in te vullen en dan ontbreekt de goesting ook een klein beetje. Ik vind het te lang en nog niet genoeg afgestemd op ons. In het algemeen vind ik het goed bedacht maar ik had er zelf niet veel boodschap aan omdat ik mij goed voel.
    a. Ik heb de tips niet altijd gelezen. Ik ben er wat slordig in geweest omdat ik zoveel mails heb. Ik laat ze dan liggen en dan heb ik ze overgeslagen. Dus ik ben niet zo'n goede leerling geweest. Ik had eerder het gevoel dat het een extra belasting was i.p.v. iets ontspannend of als hulp.
2. Ja ik zou het aanbevelen als iemand er nood aan zou hebben. Het is een manier om in te stappen. Jazeker, absoluut. Maar wel als het aangepast zou worden, minder lang. En als het minder energie zou vragen. Ik denk dat we moeten zoeken naar korter en beknopter.

Antwoorden: Interview 9.

1. (+3) Ik vond de tool super! Ik krijg nog regelmatig mailtjes. Ik vind de tool ook voldoende aangepast aan de huisarts, maar in het algemeen ook aangepast aan een groot publiek omdat het veel algemene vragen zijn.
    a. Ik vind de tips zeer nuttig.
2. Absoluut, ik zou de tool zeker aanbevelen. Ik heb de tips die per mail aankomen afgedrukt. Ik was van plan om ze te bundelen en er een document van te maken. Om een aantal pagina's bijeen te bundelen rond werk zodat ik ze aan de patiënten kan meegeven. Want dat is het ergste wat je kan doen bij iemand met burn-out: ze naar huis sturen zonder informatie of tips over aanpak.

Antwoorden: Interview 10.

1. De mails heb ik allemaal gelezen maar de intake, de vragenlijst die heb ik niet gedaan omdat het zoveel werk was. Maar de mails die lees ik wel en ik heb ze allemaal bijeengezet in een aparte map omdat ik zo nog eens allemaal op mijn gemak wil herlezen. Maar ik heb de vragenlijst niet goed ingevuld en de tussentijdse evaluaties ook niet.
    a. De tips vond ik eigenlijk heel goed. De teruggekoppelde adviezen, die word documenten die vind ik ook heel goed. Ik heb ze opgeslagen op mijn bureaublad zodat ik ze kan herlezen want ik heb nog niet veel tijd gehad. Maar op zich zijn ze heel goed. Maar de uitvoer in de praktijk is niet zo makkelijk. Ik vind de tips heel goed maar moeilijk om uit te voeren omdat ik zelf zo perfectionistisch ben en er moeite mee heb.
2. Ik zou de tool zeker aanbevelen. Het is een goede bruikbaar concept. Ik vind het heel goed dat je ook ergens terecht kunt. Want het is soms moeilijk om zelf bij iemand terecht te kunnen als arts. Ik heb zelf heel diep gezeten een tijdje terug en toen ben ik ook een maand uit geweest. Toen wist ik ook niet waar ik naartoe kon. Mijn man kon me zelf niet helpen. Hij is longarts en

zei zelf ook 'ik ben geen psychiater'. Dus de tool op zich is heel goed voor een eerste intake maar ik vind het heel belangrijk dat er ook mensen zijn waar je naartoe kunt. En ook het contact met lotgenoten vind ik heel belangrijk of contact met collega's. Dus de tool niet alleen, maar gekoppeld aan persoonlijk contact.

3. Wel voldoende aangepast.

Antwoorden: Interview 11.

1. Ja ik ben nog altijd met de tool bezig. Iedere week kreeg ik iets binnen van tips. Hoe voelt ge u fysiek en in uw werk. Ik ben nu ondertussen wel gestopt met huisartsengeneeskunde en hierdoor heb ik wel wat minder spanningen en stress. Ik heb de laatste evaluatie nog niet ingevuld maar ik kan wel zeggen dat ik de evaluaties en tips heel interessant vond. In het algemeen dus een hele goede tool met gemakkelijke tips die niet moeilijk zijn zoals 'beweeg voldoende'. Het zijn dingen die je wel weet, maar handig als iemand je eraan herinnert. Ik vond het een goed initiatief dat zeker nog kan groeien.
    a. Wat ik eigenaardig vond, is dat ik niet genoeg water dronk. Sommige tips vond ik dus wat raar. En verder krijg je ook een soort screening over wat voor soort man je bent. Ik ben altijd heel erg bezig geweest met mijn job. Ik heb altijd geluk gehad dat mijn vrouw thuis is gebleven om mij te helpen dus ik moest niet veel meer doen buiten mijn job. Dat maakte natuurlijk dat ik er misschien wel te veel mee bezig was. Ik ben ook altijd bezig geweest met jonge huisartsen op te leiden, tot twee jaar geleden. Dus je bent dan ook druk bezig met bijscholingen te volgen. En zelfs nu ik op pensioen ben, ben ik nog van plan om bijscholingen te volgen om op de hoogte te blijven.
2. Ik zou de tool zeker en vast aanbevelen aan jongere collega's. Ik heb de indruk dat er veel jongens en meisjes zijn die een aantal jaar aan het werken zijn. Tien of vijftien jaar en waar ik van denk 'die gaan er nog eens onderdoor gaan'. Ze weten niet goed te doseren en dergelijke. Als ze er voor open staan zou ik het zeker aanbevelen. En naar patiënten toe ook. Als het nu arts of patiënt is, dat is hetzelfde verhaal. Iedereen heeft een kans om dat aan de hand te krijgen. Het hangt er wel vanaf hoe ze tegenover die dingen staan. Wat voor een persoon ben je. Er zijn een aantal collega's waarvan ik weet dat ze een serieuze burn-out gehad hebben en die ik een paar jaar niet meer gezien heb en uiteindelijk toch terug aan het werk geraakt zijn. Dus als je het echt diep zitten hebt dan ga je toch een ferme klop krijgen. Het is de kunst om die terug aan het werk te krijgen want dat is een dikke ellende. Ik heb zelf 40 jaar gewerkt en nooit zoiets aan de hand gehad. Maar het is belangrijk om te doseren en ook nog iets buitenhuis te hebben. Al is dat wandelen of eens gaan fietsen. Ik heb zelf ook altijd iets gedaan zoals bijvoorbeeld een cursus natuurkunde. Dat mijn vrouw zei 'waar ben je nu bezig'. Maar kom, het heeft mij geholpen.
3. Aangepast aan de huisarts? Er waren wel wat vragen die eerder pasten bij artsen die werken in een ziekenhuis. Die vragen kwamen er zo wel een beetje door en dan vroeg ik mij wel af wat ik daaraan had.

Antwoorden: Interview 12.

1. Ik heb de tool ingevuld en nooit de beoordeling ontvangen en dat vind ik heel jammer. Ik heb al de andere tips ontvangen maar ik zou ook graag willen weten hoe ik gescoord heb. Ik werd onlangs uitgenodigd voor een herevaluatie in te vullen maar vooraleer ik dit doe, zou ik graag eerst willen weten hoe ik scoorde op mijn eerste bevraging. Het concept op zich van een online tool dat vond ik wel goed. En de tips zijn ook leuk.

2. Als het iets meer aangepast zou worden aan de huisarts zou ik het zeker aanbevelen omdat het een makkelijke en algemene tool is. Naar patiënten toe ook zeker omdat je ze kan doorverwijzen naar een tool, zowel voor diagnose als beleid en als je er een keer in zit, wijst het zichzelf uit.
3. Aangepast aan huisarts? Je moet aanduiden als je zelfstandige bent of niet, maar toch zijn er veel vragen waar de nadruk gelegd wordt op de relatie met je overste of baas en dat vond ik wel vervelend want wij hebben geen baas. Dat op zich vond ik te weinig aangepast aan de huisarts. Dus vooral een focus op werknemers en minder op onze werkgroep. Wij hebben geen baas die onze agenda bepaalt.

Antwoorden: Interview 13.

1. Ik kan mij de tool op zich niet meer herinneren. Dus ik kan deze vraag niet zo goed beantwoorden.
    a. Ik krijg wel nog heel regelmatig de tips en die vind ik wel heel goed en heel fijn gevonden. Ze zijn kort en bondig en eenvoudig op te stellen. Ik doe ook heel veel om mezelf veilig te stellen en het was fijn te lezen dat ik dan goed bezig was.
2. Ja ik vind het concept van een online tool wel goed en ik denk dat we hiermee wel een publiek kunnen bereiken. Zowel collega's al patiënten in nood. Absoluut.

Antwoorden: Interview 14.

1. Ik vond de tool heel goed, heel nuttig. Het was ook wel wat verschieten. Ik ben nog niet zo lang bezig en toch stond ik bij bepaalde dingen echt in het rood. En dan heb ik die tips die ik gekregen heb rond voeding en beweging echt gevolgd. Ik moet zeggen dat ik de tips daarrond ook echt nuttig vond.
2. Bij collega's zou het wel goed helpen denk ik. Vooral omdat ik het zelf een heel nuttige tool vind en ik weet dat er veel collega's zijn die richting een burn-out aan het gaan zijn. Zij zouden meer hun grenzen moeten bewaken en beter leren ontspannen. Het kan ook gebruikt worden voor patiënten. Ik denk dat het op maat van iedereen gemaakt is. Het is vrij algemeen.
3. Voldoende aangepast? Ja dat denk ik wel ja.

Antwoorden: Interview 15.

1. Ik vond de tool heel interessant. Ik heb ondertussen ook al contact gehad met Sonja Reckers en een aantal patiënten doorverwezen naar de tool en naar haar. Maar ik moet toegeven dat ik voor ons de tool niet altijd even goed aangepast vond, maar voornamelijk aangepast aan werknemers in een ziekenhuismilieu. Sommige delen waren dus niet goed aangepast omdat je las dat het ging over 'de baas'. Terwijl wij als zelfstandigen werken. Dat was ook niet de bedoeling want het is een tool die voor ziekenhuispersoneel ontwikkeld is en niet specifiek voor ons. Maar in het algemeen vind ik het wel een goed totaal aanpak, zeker als je ook ziet wat Sonja doet.
    a. Ik lees de mailtjes die binnenkomen wel regelmatig. Ook al moet ik toegeven dat ik ze soms ook wel oversla voor later maar hier dan niet altijd toe geraak.
2. (+3) Ik zou de tool zoals die nu is wel aanbevelen aan patiënten maar nog niet meteen aan collega's omdat ik die nog niet voldoende aangepast vind. Omdat de vraagstelling niet altijd goed past, kan je er ook niet goed op antwoorden als huisarts en geeft dat ook een vertekend beeld achteraf.

Bijlage 5: presentatie 7 april 2016

Een online-tool voor het bevorderen van zelfzorg bij huisartsen: een pilootstudie.

DEBORA DI GIACINTO, HUISARTS IN OPLEIDING
SONJA RECKERS, MASTER GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN - STAFMEDEWERKER JESSA ZIEKENHUIS

Achtergrond



Achtergrond

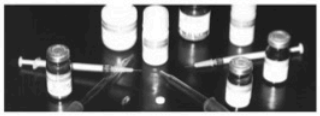
1. Hoe blijf je jouw eigen grenzen bewaken en hoe blijf je voor jezelf zorgen?
2. Hoe komt het dat iemand die zo goed voor anderen kan zorgen, niet goed voor zichzelf zorgt?

HOME ACTUA HUMOR **HUMO** TV/FILM

Help, de dokter is ziek!

Dinsdag 8 april 2014 - 06:10, door (hvt)

We horen het niet graag, maar ook onze dokter is maar een mens. Onderzoek bracht eind vorig jaar aan het licht dat vijf procent van de ziekenhuisartsen met een burn-out kampt. Meer nog: maar liefst één arts op vijf is goed op weg er één te krijgen en op de lijst met de belangrijkste risicogroepen voor zelfdoding staat slechts één beroepscategorie: de (huis)artsen.



Burn-out en zelfzorg bij artsen

- Geen goede studies of concrete cijfers
  - Fédération des maisons médicales (2005)
    - 10% lijdt aan burn-out
- Kwetsbaarheid
  - Aard van het werk ~hoge werkdruk
  - Relatie met (mondige) patiënten
  - Nood om continuïteit te bewaren
  - Zelfbehandeling
  - Zelfstandig statuut
  - Taboe?
  - Zelf hulp zoeken?

Aanpak?



Aanpak en preventie?

- Goede zorg voor de gezondheid van de arts garanderen?
  - Voor iedere huisarts een eigen huisarts?
  - Huisartsen onderwerpen aan een arbeidsgeneeskundig onderzoek?
- Sociale bescherming van de huisarts garanderen igv ziekte?
- Gebrek aan steun van collega's verhelpen?
  - Overleggroepen creëren?
  - Stimulering van groepspraktijken?

Aanpak dmv preventie?

- Gebrek aan erkenning van de huisarts aanpakken?
  - Gepaste vergoedingen?
    - Vb voor complexe consultaties
  - Waarde van huisartsengeneeskunde vroegtijdig in de opleiding te benadrukken?
- Overbelasting vermijden?
  - Administratieve aspect beperken
  - Goede georganiseerde wachtdiensten?
  - Technieken voor stressmanagement aanleren?

Aanpak dmv preventie?

- De huisarts meer controle laten verwerven over zijn beroepsactiviteit?
  - Door huisartsen te ondersteunen bij een goed time management en prioriteitenbeheer door middel van coaching of opleidingen?
  - Door de verplichting tot zich verplaatsen van de huisarts te herbekijken?
  - Door de patiënten te sensibiliseren tot meer realistische verwachtingen?
  - De huisartsen leren om 'neen' te zeggen op irrationele eisen van de patiënten ?
  - Nog meer aandacht schenken aan relationele en communicatieve vaardigheden tijdens de ganse duur van de opleiding geneeskunde?

???

- Hoe kunnen we huisartsen bereiken?
- Hoe kunnen we screenen op burn-out?
- Hoe kunnen we zelfzorg bevorderen?
- Hoe kunnen we de anonimiteit bewaren?
- Hoe kunnen we hieraan een interventie koppelen?

Oplossing?

▶Met goesting aan het werk?!

Waarom aandacht?



- Uitputting > pct 75
- Distantie > pct 75
- Persoonlijke bekwaamheid < pct 25

⇒ risicoreductie

Jessa Ziekenhuis — KU LEUVEN — ESF

Context

- Top 2 van ziekteverzuim
- Langer en duurzaam aan de slag 'kunnen' en 'willen' blijven i.p.v. 'moeten' blijven

Uitdaging

Efficiënte aanpak naar reductie van stress en burn-outrisico

Literatuur & good practices

Literatuur

- 50 – 85% MW met verhoogde stressklachten en burn- outsignalen ondernemen geen verdere stappen
  - niet bewust
  - programma's zijn voor gemotiveerden

⇒ online coaching op maat van motivatie

(Prochaska et. al. 2008)

Uitdaging

Efficiënte aanpak naar reductie van stress en burn-outrisico

Literatuur & good practices

⇒ Online *coaching*:

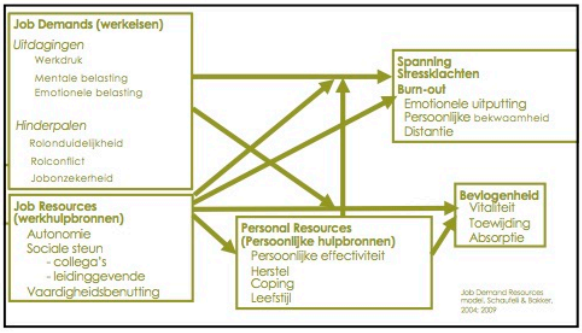
- wetenschappelijk onderbouwd
- drempelverlagend
- anoniem
- 'objectief confronterend'
- maatwerk

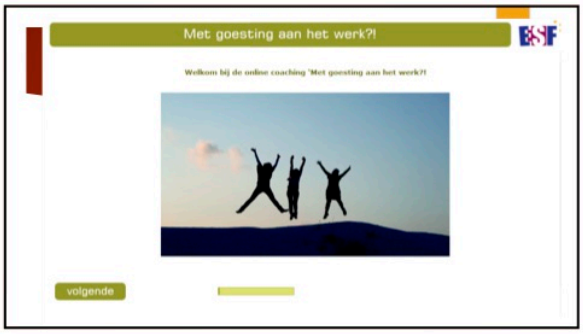
Uitdaging

⇒ Online *coaching: wetenschappelijk onderbouwd*

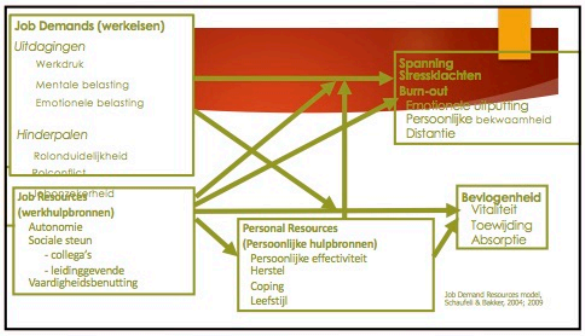
- *gevalideerde vragenlijsten (i.s.m. prof. Hans De Witte, KU Leuven, Fac. Psychologie & Pedagogie, WOPP)*
- *wetenschappelijk framework*
  'Job Demand-Resources' model (Schaufeli & Bakker, 2004; 2009)
- *EB adviezen*
- *maatwerk: fasen van gedragsverandering*

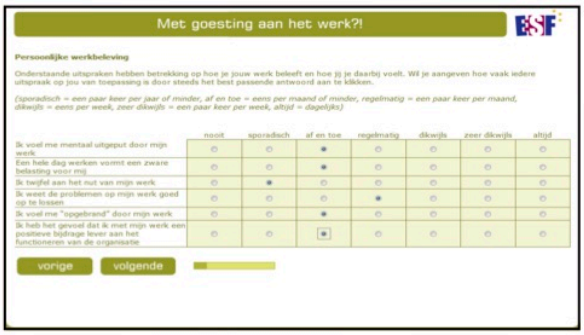
⇒ *EB adviezen-op-maat via oplossingsgerichte benadering*





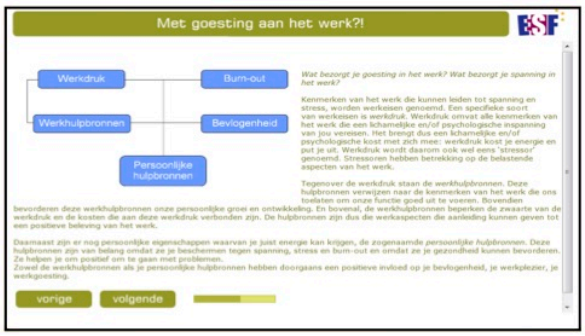

Met goesting aan het werk?!
Wat gaan we doen?
We bieden je via een bevraging handvaten aan om actief te werken aan je werkbeleving.
Op basis van wetenschappelijke vragenlijsten wordt jouw werkbeleving in kaart gebracht.
De bevraging geeft jou inzicht in factoren die je werkbeleving bepalen.
Je krijgt zicht op stressbronnen zoals werkdruk, werkbelasting, rolinhouden,...
Daarnaast krijg je ook zicht op je energiebronnen zoals de mate van inspraak, sociale steun, de benutting van je vaardigheden, ontplooiingsmogelijkheden, je recuperatie en andere wijzen waarop jij omgaat met stresssituaties.
Je psychische balans wordt verder inzichtelijk gemaakt door het meten van je burn-outrisico en de mate van je bevlogenheid, je engagement in je werk.
vorige
volgende


Job Demands (werkeisen)
Uitdagingen
Werkdruk
Mentale belasting
Emotionele belasting
Hinderpalen
Rolonduidelijkheid
Rolconflict
Spanning
Stressklachten
Burn-out
Emotionele uitputting
Persoonlijke bekwaamheid
Distantie
Job Resources
(werkhulpbronnen)
Autonomie
Sociale steun
- collega's
- leidinggevende
Vaardigheidsbenutting
Personal Resources
(Persoonlijke hulpbronnen)
Persoonlijke effectiviteit
Herstel
Coping
Leefstijl
Bevlogenheid
Vitaliteit
Toewijding
Absorptie
Job Demand Resources model, Schaufeli & Bakker, 2004; 2009


Met goesting aan het werk?!
Persoonlijke werkbeleving
Onderstaande uitspraken hebben betrekking op hoe je jouw werk beleeft en hoe jij je daarbij voelt. Wil je aangeven hoe vaak iedere uitspraak op jou van toepassing is door steeds het best passende antwoord aan te klikken.
(sporadisch = een paar keer per jaar of minder, af en toe = eens per maand of minder, regelmatig = een paar keer per maand, dikwijls = eens per week, zeer dikwijls = een paar keer per week, altijd = dagelijks)
nooit
sporadisch
af en toe
regelmatig
dikwijls
zeer dikwijls
altijd
Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk
Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij
Ik twijfel aan het nut van mijn werk
Ik weet de problemen op mijn werk goed op te lossen
Ik voel me "opgebrand" door mijn werk
Ik heb het gevoel dat ik met mijn werk een positieve bijdrage lever aan het functioneren van de organisatie
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Werk en werkomgeving
De volgende vragen willen een nauwkeurig beeld geven van de manier waarop jij persoonlijk bepaalde aspecten van je werk en werkomgeving beoordeelt.
De vragen zijn geordend in groepen en aan de titel kan je zien waarover ze gaan. Klik per vraag het best passende antwoord aan.
Werktempo en hoeveelheid
nooit
soms
vaak
altijd
Moet je extra hard werken om iets af te krijgen?
Werk je onder tijdsdruk?
Moet je je haasten?
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Nu volgt je persoonlijk advies
Het doornemen van dit persoonlijk advies duurt ongeveer 15 à 20 minuten. Nadat je het advies volledig hebt doorgenomen, wordt het automatisch naar je e-mailadres verstuurd en kan je het opslaan op je computer en/of uitprinten. Je kan het vervolgens te allen tijde gebruiken om gericht te werken aan jouw positieve werkbeleving en stresshantering.
Indien je nu niet de tijd kan nemen om het advies door te nemen, kan je deze bevraging nu verlaten en straks of uiterlijk binnen 2 weken terug inloggen met je logingegevens die je per e-mail ontving.
Je krijgt dan meteen je persoonlijk advies waarmee je gericht aan de slag kan.
In dit advies heb je de mogelijkheid om concrete 'als-dan' plannen voor jezelf op te stellen.
We raden je aan dit gelijktijdig te doen zodra je het advies doornemt.
Wanneer je advies op het einde automatisch naar je e-mailadres wordt verstuurd, kan je deze 'als-dan' plannen niet meer invullen.
volgende


Met goesting aan het werk?!
Werkdruk
Burn-out
Werkhulpbronnen
Bevlogenheid
Persoonlijke hulpbronnen
Wat bezorgt je goesting in het werk? Wat bezorgt je spanning in het werk?
Kenmerken van het werk die kunnen leiden tot spanning en stress, worden werkeisen genoemd. Een specifieke soort van werkeisen is werkdruk. Werkdruk omvat alle kenmerken van het werk die een lichamelijke en/of psychologische inspanning van jou vereisen. Het brengt dus een lichamelijke en/of psychologische kost met zich mee: werkdruk kost je energie en put je uit. Werkdruk wordt daarom ook wel eens "stressor" genoemd. Stressoren hebben betrekking op de belastende aspecten van het werk.
Tegenover de werkdruk staan de werkhulpbronnen. Deze hulpbronnen verwijzen naar de kenmerken van het werk die ons toelaten om onze functie goed uit te voeren. Bovendien bevorderen deze werkhulpbronnen onze persoonlijke groei en ontwikkeling. En bovenal, de werkhulpbronnen beperken de zwaarte van de werkdruk en de kosten die aan deze werkdruk verbonden zijn. De hulpbronnen zijn dus die werkaspecten die aanleiding kunnen geven tot een positieve beleving van het werk.
Daarnaast zijn er nog persoonlijke eigenschappen waarvan je juist energie kan krijgen, de zogenaamde persoonlijke hulpbronnen. Deze hulpbronnen zijn van belang omdat ze je beschermen tegen spanning, stress en burn-out en omdat ze je gezondheid kunnen bevorderen. Ze helpen je om positief om te gaan met problemen.
Zowel de werkhulpbronnen als je persoonlijke hulpbronnen hebben doorgaans een positieve invloed op je bevlogenheid, je werkplezier, je werkgoesting.
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Samenvatting
Groen is gunstig
Oranje vraagt aandacht
Rood is risicovol
Late meting
Burn-out
Bevlogenheid
Werkdruk
Werkhulpbronnen
Sociale steun
Vaardigheidsbenutting
Autonomie en inspraak
Rolonduidelijkheid
Rolconflict
Jobonzekerheid
Persoonlijke hulpbronnen
Persoonlijke effectiviteit
Late meting
Herstelinterventies
Mentaal afstand nemen van je werk
Ontspanning
Een uitdaging aangaan of iets leren
Vrije tijd
Coping
Assertiviteit
Leefgewoonten
Voeding
Beweging
Slaap
Roken, alcohol en druggebruik
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Burn-out
Werkdruk
Burn-out
Werkhulpbronnen
Bevlogenheid
Persoonlijke hulpbronnen
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Welkom
volgende


Met goesting aan het werk?!
Evaluatie van je leefstijlfactoren
Herstellen
Als ik op woensdag thuiskom,
dan neem ik de hond en ga 30' wandelen.
Voedingsgewoonten
Als ik 's middags lunch,
dan neem ik een stuk fruit als dessert.
Bewegen
Als ik op dinsdag en donderdag thuis kom,
dan trek ik meteen mijn loopkleren aan en ga joggen.
Slaap
Als ik rond 22 u voel dat ik moe ben,
dan ga ik meteen naar bed.
Alcohol
Als ik alcohol drink,
dan beperk ik me tot max. 2 consumpties per dag.


Met goesting aan het werk?!
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Je tussentijdse evaluatie is helemaal afgerond.
Nu volgt het overzicht van je persoonlijk advies
vorige
volgende


Met goesting aan het werk?!
Samenvatting
Groen is gunstig
Oranje vraagt aandacht
Rood is risicovol
1ste meting
2de meting
Burn-out
Bevlogenheid
Werkdruk
Werkhulpbronnen
Sociale steun
Vaardigheidsbenutting
Autonomie en inspraak
Rolonduidelijkheid
Rolconflict
Jobonzekerheid
Persoonlijke hulpbronnen
Persoonlijke effectiviteit
Herstelleerwaringen
Mentaal afstand nemen van je werk
Ontspanning
Een uitdaging aangaan of iets leren
Vrije tijd
Coping
Assertiviteit
Leefgewoonten
Voeding
Beweging
Slaap
Roken, alcohol en druggebruik
vorige
volgende


Resultaat
Online coaching 'Met goesting aan het werk?!'
Uitputting
Controlegroep
Online coachinggroep
Maand 0
Na 3 maanden
Na 6 maanden
Na 9 maanden
Na 12 maanden
jessa ziekenhuis
KU LEUVEN


Resultaat
Online coaching 'Met goesting aan het werk?!'
ROI: 1€ investering ⇒ 3,14 € rendement
5,82€ verlaagde absenteïsmekost
betere prestaties
minder (zelfgerapporteerde medische) fouten, ongevallen
minder vaak afwezig
verlaagd presenteïsme
meer arbeidstevredenheid
meer organisatiebetrokkenheid
positieve werksfeer
betere kwaliteit van dienstverlening
betere patiëntentevredenheid
betere financiële opbrengst
jessa ziekenhuis
KU LEUVEN


Resultaat
Online coaching 'Met goesting aan het werk?!'
Bevlogenheid
jessa ziekenhuis
KU LEUVEN


Uitputting
jessa ziekenhuis
KU LEUVEN


Werkdruk
jessa ziekenhuis
KU LEUVEN


Rolconflict
KU LEUVEN


Autonomie en inspraak
KU LEUVEN


Autonomie en inspraak
KU LEUVEN


Vaardigheidsbenutting
KU LEUVEN


Vaardigheidsbenutting
KU LEUVEN


Met goesting aan het werk?!
Return on investment
Online coaching
Risico op burn-out daalt met 7%
KU LEUVEN

Pilootproject bij huisartsen?

- Onderzoeksvraag:
  - Kunnen we door middel van een online-tool zelfzorg bij huisartsen bevorden?
- Haalbaarheid bij huisartsen? Kwaliteit?
  - Online-tool
  - 24/24, 7 op 7
  - Geen verplaatsing nodig
  - Volledig anoniem
  - Teruggekoppeld advies

Praktijk

- www.metgoestingaanhetwerk.be
  - Eenmalig aanmelden voor 10 euro
- In het kader van een onderzoek
  - Doel
    - Haalbaarheid in huisartsenpraktijk
    - Kwaliteitsstudie
  - Win-win situatie

Praktijk

- Vervolgsessies
  - Kwaliteitsstudie en haalbaarheid
    - Na zes maanden
      - Lijst van artsen die deel hebben genomen
        - Anoniemiteit!!!

Praktijk

- Wat als je als arts in een rode zone zit en de teruggekoppelde adviezen niet genoeg zijn?
  - Contactpersonen
    - Sonja Reckers
    - Co-artsen
      - DAD
      - Lijst beschikbaar door Domus Medica
      - Verspreid door eindverantwoordelijke

Conclusie

- Nood aan burn-outpreventie en betere zelfzorg bij huisartsen
- Oplossing= online-tool?
- Manamathesis
  - MAAR:
    - Volledig anoniem!!
    - Om de drie maanden opnieuw uitnodiging
    - Over zes maanden testen van haalbaarheid en kwaliteitsstudie
    - Ondersteuning
- Werkgroep voor Limburg

Bedankt voor jullie aandacht!



Bijlage 6: Uitnodiging navorming

Beste,

Onze volgende navormingsavond staat in het teken van “zelfzorg bij huisartsen”

- Onderwerp: De lancering van een project bij huisartsen ter bevordering van zelfzorg en de preventie van burn-out.
- Sprekers:
    - Debora Di Giacinto, HAIO in Houthalen
    - Sonja Reckers, stafmedewerker gezondheidspromotie in het Jessa Ziekenhuis.
- Datum: donderdag 7/4 om 21.00 uur
- Locatie: Centraal Labo, Elfde Liniestraat 27, Hasselt

Accreditering is aangevraagd in de rubriek ‘ethiek en economie’.

Met vriendelijke groeten,

Hilde Vannoppen