Burn-out bij Vlaamse huisartsen

Is er een link met de praktijkorganisatie?

Liesbeth Vanzeir, KU Leuven

Promotor: Dr. Mieke Vermandere, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Graag zou ik deze masterproef willen beginnen met het bedanken van verschillende mensen die mij op verschillende manieren tot dit punt gebracht hebben.

Eerst en vooral zou ik mijn promotor Dr. Mieke Vermandere willen bedanken om mij te willen begeleiden bij het tot stand brengen van deze masterproef en voor de vele aanmoedigingen en goeie suggesties die ze mij gaf.

Een dankwoord gaat ook uit naar Dr Eric Boydens en de medewerkers van DoctersForDocters die meehielpen bij de recrutering van deelnemers voor mijn interviews.

Een hele grote dankjewel gaat uiteraard ook naar alle artsen die zich bereid hebben getoond mee te werken aan deze thesis door interviews te geven en daarbij zeer openhartig hun verhaal hebben willen vertellen. Ze hebben mij niet enkel geholpen bij het tot stand komen van dit werk, maar hebben me ook heel wat goede tips gegeven die ik meeneem in mijn verdere carriere als huisarts.

Graag zou ik ook nog mijn praktijkopleiders Dr Luc Godelaine en Dr Jan Verhaert willen bedanken om er voor te zorgen dat ik de nodige tijd en energie in dit werk kon steken.

Verder zou ik ook mijn echtgenoot Paul willen bedanken, mijn onvoorwaardelijke steun en toeverlaat die het mee heeft mogelijk gemaakt dit diploma te behalen en mij steeds gesteund heeft in de moeilijkere momenten van het studeren op ‘iets latere’ leeftijd.

Tenslotte ook nog een grote dankjewel voor mijn moeder, mijn zussen en mijn vrienden die mij op verschillende manieren gesteund hebben tijdens mijn studiejaren in aanloop naar mijn tweede carrière.

Abstract

Burn-out bij Vlaamse huisartsen: is er een link met praktijkvorm en -organisatie?

Huisarts-in-opleiding: Liesbeth Vanzeir (Katholieke Universiteit Leuven)
Academiejaar: 2016-2017
Promotor: Mieke Vermandere (Katholieke Universiteit Leuven)
Praktijkopleider: Jan Verhaert

Context: Burn-out is in onze maatschappij een fenomeen dat in alle beroepssectoren meer en meer in de aandacht komt. De huisarts, vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen met burn-out, vormt hierop zeker geen uitzondering. De laatste decennia zien we een groeiende interesse voor het bestaan en de oorzaak van dit niet te onderschatten probleem. Burn-out bij een arts heeft immers niet alleen gevolgen voor zijn eigen gezondheid, maar brengt daarnaast potentieel ook zowel de zorgkwaliteit als de zorgcontinuïteit in het gedrang. Uit de literatuur blijkt dat er algemeen een associatie bestaat tussen 'niet bevorderlijke ' werkomstandigheden zoals hoge werklast en burn-out. Ook artsen vormen hierop als aparte beroepsgroep geen uitzondering. In deze studie werd onderzocht of Vlaamse huisartsen die met burn-out te maken kregen of zichzelf ertoe 'at risk' voelden, een link ervaren tussen het ontstaan van hun burn-out en praktijkorganisatorische kenmerken.

Onderzoeksvraag: Ervaren Vlaamse huisartsen die met burn-out te maken kregen of er voor at risk waren een verband tussen hun burn-out en praktijkorganisatorische factoren?

Methode: aan de hand van semi-gestructureerde interviews werden tien Vlaamse huisartsen die met burn-out te maken kregen bevraagd over hun perceptie van het verband tussen hun burn-out en de praktijkorganisatie in brede zin. De interviews werden geanalyseerd volgens de QUAGOL methode.

Resultaten: Tien Vlaamse huisartsen uit verschillende praktijkvorm en leeftijdscategorieën namen deel aan deze studie. De praktijkorganisatie werd door alle deelnemende artsen in min of meerdere mate ervaren als deel uitmakend in de oorzaak van hun burn-out. De praktijkorganisatorische factoren die aangegeven werden door de artsen kunnen in drie grote groepen onderverdeeld worden: factoren die te maken hebben met de puur praktische organisatie van de praktijk, factoren die te maken hebben met de praktijkvorm en tot slot de meer externe factoren die de werklast en de draagkracht van de arts beïnvloeden.

Conclusies: Meerdere factoren in meerdere domeinen eigen aan de organisatie van een artsenpraktijk worden als mede-oorzaak van burn-out vermeld. Hoge werkdruk, moeilijk afgrensbare werkuren, administratieve en telefoonbelasting en digitalisering zijn algemeen aangehaalde factoren, evenals een moeilijke combinatie werk-gezin. Artsen geven ook aan nood te hebben aan meer ondersteuning op verschillende gebieden en ervaren vaak ook een gebrek aan opleiding inzake een aantal domeinen die samenhangen met praktijkvoering in al zijn aspecten. Artsen in alle praktijkvormen blijken vatbaar te zijn voor burn-out, maar wat de oorzaken betreft blijken de accenten in de verschillende praktijkvormen toch vaak op heel andere factoren te liggen. Voor de solo arts is het gebrek aan collega's om de lasten te delen een pijnpunt, in een groepspraktijk kan dan weer net de groep zelf een bron van spanningen zijn.

Contact: liesbeth.vanzeir@telenet.be

Inhoud

1 Inleiding 5
2 Methode 6
2.1 Onderzoeksvraag 6
2.2 Verkennend literatuuronderzoek 6
2.3 Datacollectie 6
2.3.1 Keuze van de onderzoeksmethode 6
2.3.2 Selectie en recrutering van de huisartsen 6
2.3.3 Inhoud van de interviews 7
2.3.4 Afname van de interviews 8
2.4 Data analyse 8
3 Resultaten 8
3.1 Deelnemende huisartsen 8
3.1.1 Geslacht 9
3.1.2 Burgerlijke staat en gezinssamenstelling 9
3.1.3 Leeftijd op het moment van de burn-out 9
3.1.4 Burn-out status 10
Figuur 3. Burn-out status van de artsen 10
3.1.5 Praktijkvorm op het moment van de burn-out 10
3.1.6 Werksituatie na de burn-out 11
3.2 Resultaten uit de interviews 11
3.2.1 Factoren i.v.m. de praktische organisatie 11
3.2.2 Factoren i.v.m. de praktijkvorm 14
3.2.3 Externe factoren 18
4 Discussie 21
4.1 Observaties uit deze studie 21
4.2 Toetsing van de resultaten aan de literatuur 22
4.3 Beperkingen en sterktes van het onderzoek 23
4.4 Implicaties voor de praktijk 23
5 conclusie 24
Bibliografie 26
Bijlagen 27

1 Inleiding

Burn-out is in onze maatschappij een fenomeen dat in alle beroepssectoren meer en meer in de aandacht komt. De huisarts, vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen met burn-out, vormt hierop zeker geen uitzondering. De laatste decennia zien we een groeiende interesse voor het bestaan en de oorzaak van dit niet te onderschatten probleem. Burn-out bij een arts heeft immers niet alleen gevolgen voor zijn eigen gezondheid, maar brengt daarnaast potentieel ook zowel de zorgkwaliteit als de zorgcontinuïteit in het gedrang. De uitstap uit het beroep door burn-out is immers niet te verwaarlozen (1).

Een grote studie uit 2008 naar de prevalentie van burn-out bij huisartsen in Europa toonde dat bijna twee derden van de huisartsen hoog scoorden op één van de drie diagnostische onderdelen van burn-out (uitputting, depersonalisatie, incompetentie gevoel). Twaalf procent van de onderzochte artsen scoorde hoog op elk van de drie onderdelen (2).

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) deed in 2011 een uitgebreid onderzoek naar de prevalentie van burn-out bij de Belgische huisartsen. De resultaten van dit onderzoek, alsook een voorstel voor maatregelen ter preventie en aanpak van burn-out, werden gebundeld in een uitgebreide aanbeveling (3).

Uit de literatuur blijkt dat er algemeen een associatie bestaat tussen “niet bevorderlijke” psychosociale werkomstandigheden (hoge werklast, hoge kwantitatieve, mentale of emotionele belasting, weinig sociale steun) en burn-out (4). Gezondheidswerkers en ook artsen specifiek vormen hierin als aparte beroepsgroep geen uitzondering (5).

Talrijke studies beschrijven al even talrijke factoren die kunnen geassocieerd worden met burn-out, zowel bij artsen van alle mogelijke specialiteiten als bij andere beroepsgroepen. Globaal kunnen ze in 3 categorieën worden onderverdeeld: individuele, intrinsieke en extrinsieke factoren. De individuele factoren, waaronder bv sociaal-demografische kenmerken en de intrinsieke factoren, eigen aan het beroep van arts, zijn uiteraard zeer belangrijk in de discussie rond de oorzaken van burn-out, maar vallen buiten het bestek van deze studie en zullen dus enkel kort of niet verder besproken worden.

Onder de extrinsieke factoren vallen alle factoren met betrekking tot de werklast, het evenwicht tussen privéleven en beroepsleven, permanente vorming, relaties met andere professionele zorgverleners, de organisatie en de locatie van de praktijk, financiële en juridische aspecten en tenslotte het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisarts functioneert. Een aantal van deze factoren houden uiteraard rechtstreeks of onrechtstreeks verband met elkaar. Zo zal bijvoorbeeld de praktijkvorm (mogelijk) een grote invloed hebben op de werkorganisatie en de werklast.

In België merkt men de laatste jaren bij de huisartsen meer en meer een tendens van solo- naar groepspraktijken in verschillende groottes en vormen (9). Vaak wordt automatisch gedacht dat voor de solo-arts de werkdruk veel hoger ligt en dat met de samenwerking met meerdere collega-artsen de mogelijkheid groeit om de work-life balans beter in evenwicht te houden. Toch zijn er tot nu toe weinig studies naar het verband tussen praktijkorganisatie en burn-out en zijn er geen studies die een

oorzakelijk verband kunnen aantonen tussen praktijkorganisatorische kenmerken en burn-out (6, 7, 8).

In deze studie werd onderzocht of Vlaamse huisartsen die met burn-out te maken kregen of zichzelf ertoe 'at risk' voelden, een link ervaren tussen het ontstaan van hun burn-out en praktijkorganisatorische kenmerken.

2 Methode

2.1 Onderzoeksvraag

Ervaren Vlaamse huisartsen die met burn-out te maken kregen of er voor at risk waren een verband tussen hun burn-out en praktijkorganisatorische factoren?

2.2 Verkennend literatuuronderzoek

In het kader van de oriënterende literatuurstudie werd gezocht in de databanken PubMed, Cochrane Library en Google Scholar. De databanken werden doorzocht op volgende kernwoorden: burn-out, general physician, general practice, family medicin, job stress, open access, workload, work conditions, work-life balance. Deze zoektocht werd meermaals uitgevoerd, daarbij gebruik makend van verschillende combinaties van de bovenstaande termen. M.b.v. aanvullende referenties uit de bibliografieën van relevante geselecteerde artikels werd nog aanvullende literatuur gevonden.

2.3 Datacollectie

2.3.1 Keuze van de onderzoeksmethode

Er werd reeds veel geschreven over en onderzoek gedaan naar burn-out en de prevalentie ervan, maar slechts weinig studies behandelen de link met praktijkorganisatorische kenmerken.

Omwille van het hoofdzakelijk exploratieve karakter van deze studie werd gekozen voor kwalitatief onderzoek. Na het lezen van literatuur over verschillende methodieken voor kwalitatief onderzoek werd gekozen voor semigestructureerde interviews (10, 11, 12, 13). Deze methode werd gekozen om een zo rijk mogelijke dataverzameling bekomen, een goed beeld te krijgen van de eigen ideeën set van de artsen en beïnvloeding van de artsen door eigen veronderstellingen of hypothesen over het onderzochte onderwerp zoveel mogelijk vermijden.

2.3.2 Selectie en recrutering van de huisartsen

Er werd op verschillende manieren een oproep gedaan naar huisartsen om deel te nemen aan de studie. Een aantal artsen werden gecontacteerd en gerecruteerd via Doctors for Doctors (D4D). In de afgelopen 2 jaar hebben heel wat Vlaamse artsen via D4D hulp gezocht n.a.v. een (dreigende) burn-out. Via de contactpersoon van deze artsen bij D4D werd hen een volledig vrijblijvende uitnodiging gegeven tot deelname aan deze studie, waarin de opzet en het doel werden toegelicht (bijlage 3).

Omwille van het feit dat initieel te weinig huisartsen bereikt werden en de respons op de uitnodigingen via D4D dan ook laag waren, mede te wijten aan het korte tijdsbestek, werd bijkomend ook een oproep gelanceerd via ICHO, en via 3 wachtregio's (Beringen, Westerlo, Herentals) waarop huisartsen zelf konden reageren indien zij wensten mee te werken.

Toestemming tot deelname impliceerde dat de artsen bereid waren om tijdens een interview hun perceptie te geven van de rol van praktijkorganisatorische kenmerken op het ontstaan van hun burn-out of de dreiging ervan. Volstrekte anonimiteit werd uiteraard gegarandeerd.

Inclusie-criteria: huisartsen, al dan niet nog praktijk voerend, die tijdens hun actieve loopbaan een burn-out gehad hebben, op het moment van recrutering een burn-out hadden of er voor at-risk (geweest) zijn. Initieel was dit elke huisarts die een beroep gedaan had op D4D met klachten die wezen in de richting van een (dreigende) burn-out. Later werd dit uitgebreid naar iedere huisarts die voor zichzelf de criteria van burn-out herkende of zich ooit 'at risk' voelde om een burn-out te krijgen, los van het feit of hij of zij daadwerkelijk een hulpverlener contacteerde of niet. De reden van deze versoepeling lag zoals hierboven beschreven in het uitbreiden van de recrutering via meerdere kanalen dan enkel D4D.

Exclusie-criteria: arts-specialisten, huisartsen die nooit (dreigende) burn-out gehad hebben.

2.3.3 Inhoud van de interviews

Een lijst met onderwerpen die bevraagd werden, werd opgesteld, gebaseerd op de beschikbare literatuur (1, 2, 4, 5, 7, 8) en expert opinies (medewerkers D4D). Er werd bij de deelnemende huisartsen navraag gedaan naar hun perceptie rond de rol van minimaal de volgende factoren in het ontstaan van een burn-out:

- praktijkvorm (solo, duo, groep),
- praktijkondersteuning (of het gebrek ervan): verpleegkundig en/of administratief personeel,
- organisatie van de consultaties (open spreekuur, afspraken),
- organisatie van wachtdiensten in de weekends en tijdens weekdagen,
- mogelijkheid tot overleg/debriefing bij een collega arts,
- mogelijkheid tot het nemen van vakantie,
- vrije momenten in de weekplanning
- avondraadplegingen

Tot slot werden ook socio-demografische vragen toegevoegd zoals karakteristieken van de huisarts en zijn/haar praktijk.

De leidraad die gebruikt werd bij de interviews is te vinden in bijlage 4.

Eigen aan kwalitatieve studies gebruik makend van semigestructureerde interviews, werden de (open) vragen gaandeweg het proces hier en daar nog aangepast en geoptimaliseerd op basis van verkregen data uit eerder afgenomen interviews. Ook was er binnen elk apart interview ruimte voor aanpassing o.b.v. het verhaal en de context van de geïnterviewde huisarts en kon elke huisarts voor hem belangrijke en niet bevraagde factoren aanreiken.

2.3.4 Afname van de interviews

De huisartsen werden in hun eigen praktijk of bij hen thuis geïnterviewd door de onderzoeker. Van alle interviews werden geluidsopnames gemaakt via smartphone met uitdrukkelijke toestemming van de huisartsen.

Tijdens de interviews werd er zoveel mogelijk over gewaakt open te blijven staan voor de eigen inbreng van de artsen en de mogelijkheid dat deze erg verschillend is van de opinie van andere, eerder geïnterviewde artsen of de onderzoeker zelf.

2.4 Data analyse

Om anonimiteit te garanderen werd aan elke huisarts een code toegekend gaande van HA1 t.e.m. HA10. De interviews werden vervolgens letterlijk uitgeschreven aan de hand van de geluidsopnames.

Analyse van de interviews werd vervolgens gedaan volgens de QUAGOL gids voor kwalitatief onderzoek (14). De interviews werden onmiddellijk na afname grondig gelezen en herlezen om een goed beeld te krijgen van de ervaringen en de mening van de geïnterviewde. Er werd steeds aandachtig gelezen met de vraag “wat vertelt deze arts me dat relevant is voor mijn onderzoeksvraag?” in het achterhoofd. In de kantlijn werden de belangrijkste elementen genoteerd en tot slot werd de essentie van elk interview neergeschreven in een kort verslag. Hieruit werden de meest relevante gegevens gedistilleerd en samengevoegd in concepten, weergegeven in een schema dat de essentie, de kernboodschappen van elk interview weergeeft.

Deze conceptuele interview-schema’s werden vervolgens opnieuw getoetst aan de inhoud van het volledige interview: geeft het schema de kern van het interview weer? De verkregen schema’s werden vervolgens gebruikt om in andere interviews op zoek te gaan naar gelijkaardige en weerkerende thema’s.

Op deze manier werd uiteindelijk op niet-hiërarchische wijze een lijst van concepten opgesteld die de basis vormde voor het eigenlijke coderingsproces waarbij de concepten steeds opnieuw getoetst werden aan de verschillende interviews en de lijst werd aangevuld of verfijnd door een proces van lezen en herlezen van de interviews in het licht van de lijst. (zie ook *bijlage 1. Kernconceptenlijst*)

Uiteindelijk werd op basis van de definitieve en meer selectieve lijst van kernconcepten een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag, waarbij getracht werd in een overkoepelende verhaallijn, de essenties van alle afzonderlijke interviews te bevatten.

3 Resultaten

3.1 Deelnemende huisartsen

Uiteindelijk waren tien Vlaamse huisartsen uit verschillende gemeentes en provincies bereid deel te nemen aan deze studie en hun ervaringen met (dreigende) burn-out te delen a.h.v. een interview. In deze paragraaf worden de sociodemografische gegevens van de deelnemende artsen besproken, alsook de ‘burn-out status’ van de deelnemers en hun werksituatie na de burn-out.

Er wordt steeds rekening gehouden met de gegevens zoals ze waren op het moment van de burn-out, omdat sommige artsen die deelnamen al meerdere jaren eerder hun burn-out doormaakten.

3.1.1 Geslacht

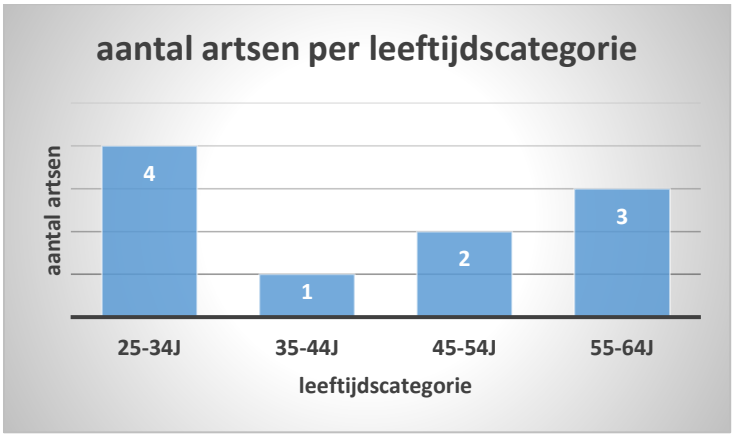
Zes vrouwelijke en vier mannelijke huisartsen namen deel aan de studie.

3.1.2 Burgerlijke staat en gezinssamenstelling

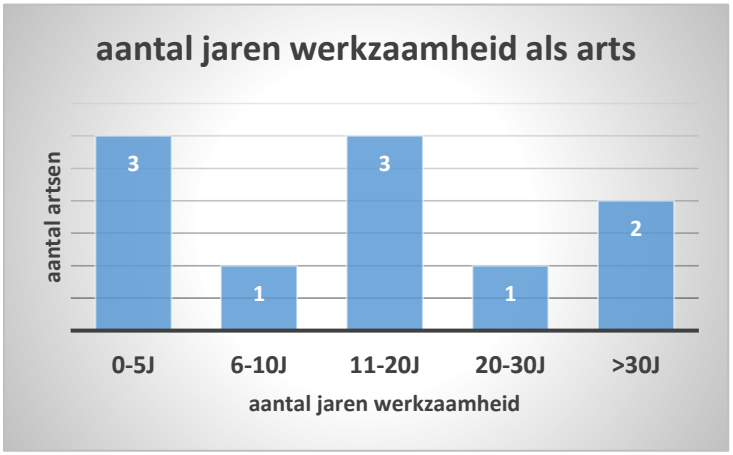
Acht van de tien artsen hadden een vaste partner en kinderen op het moment van de (dreigende) burn-out. Eén arts was samenwonend zonder kinderen, één alleenstaand.

3.1.3 Leeftijd op het moment van de burn-out

De deelnemende artsen kwamen uit verschillende leeftijdscategorieën, hetgeen aantoont dat zowel starters als artsen in het midden of op het einde van hun loopbaan met burn-out te maken krijgen. Toch opvallend is het relatief hoog aantal jonge artsen die te maken krijgen met burn-out. Vier van de tien artsen werden er mee geconfronteerd in de eerste 6 jaren van hun actieve loopbaan.
De volgende figuren geven een overzicht van de leeftijdscategorieën van de geïnterviewde artsen en het aantal jaren dat ze als huisarts werkten op het moment van de burn-out. .



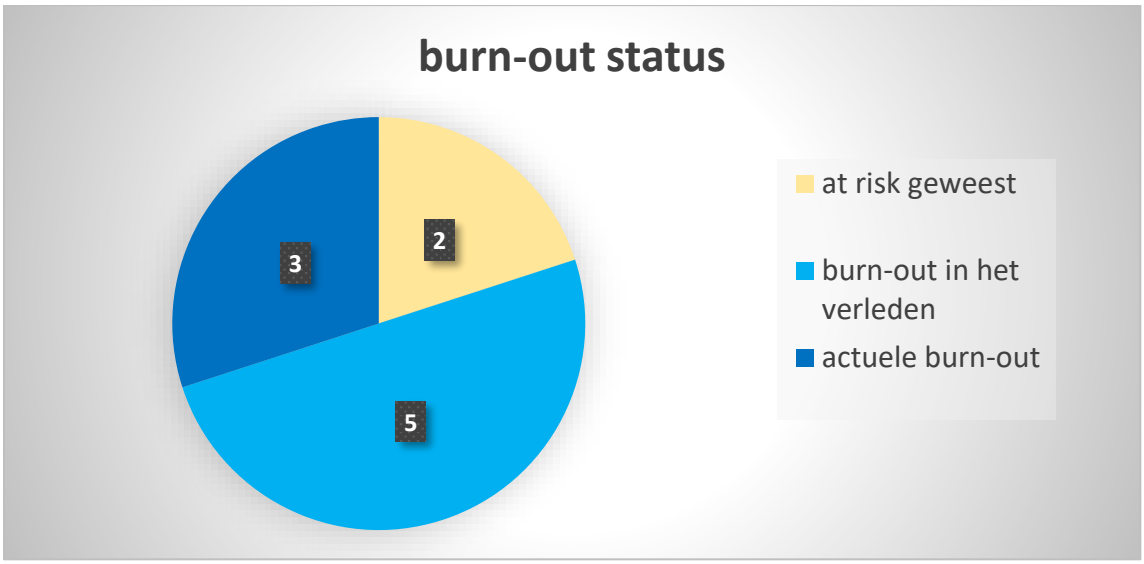
figuur 1. Leeftijdscategorieën van de deelnemende huisartsen



figuur 2. Aantal jaren werkzaamheid als arts

3.1.4 Burn-out status

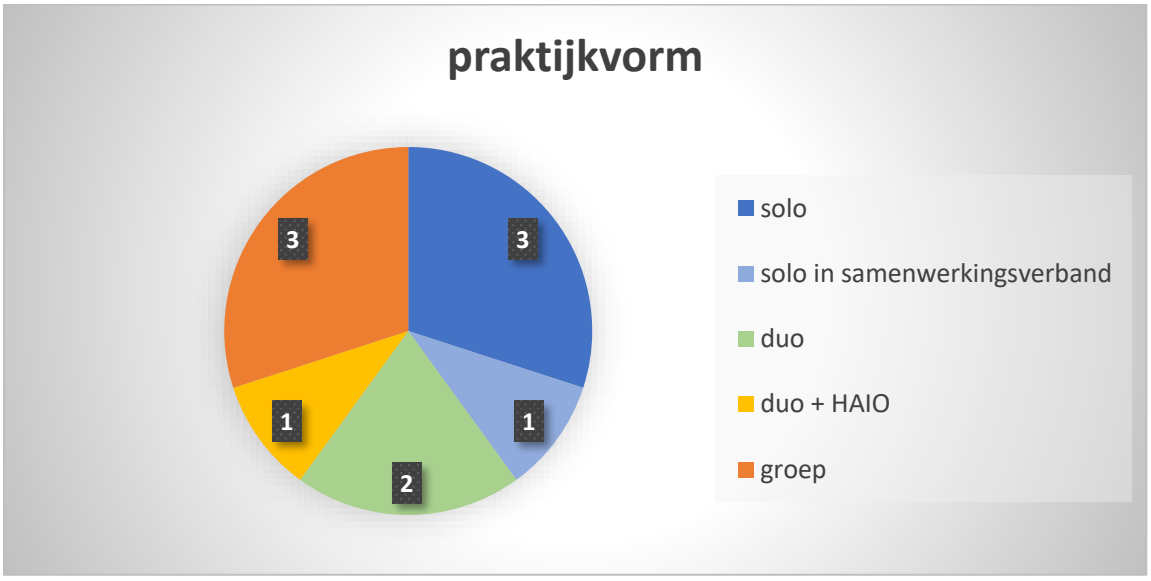
Met burn-out status wordt bedoeld of de artsen reeds in het verleden een burn-out hadden doorgemaakt, at risk geweest waren of op het moment van het interview zelf een burn-out hadden. De verdeling hieromtrent was als volgt:



Figuur 3. Burn-out status van de artsen

3.1.5 Praktijkvorm op het moment van de burn-out

De deelnemende artsen waren op het moment van hun (dreigende) burn-out actief in verschillende praktijkvormen, gaande van solo, over solo in samenwerkingsverband naar duopraktijken al dan niet met HAIO tot groepspraktijken van minimaal 3 artsen. De verdeling van de praktijkvormen waarin de deelnemende artsen werkzaam waren wordt weergegeven in de volgende tabel.



Figuur 4. Praktijkvormvan de deelnemende artsen

3.1.6 Werksituatie na de burn-out

Er werd ook nagevraagd of de artsen nog actief waren gebleven als huisarts na hun burn-out. De resultaten hiervan waren verdeeld als volgt:

Vier artsen waren n.a.v. de burn-out niet meer werkzaam als huisarts. Twee van deze vier waren volledig en definitief gestopt met werken, twee hadden of zochten naar een andere job.

Zes artsen waren nog steeds of terug werkzaam als huisarts. Van deze zes artsen waren er twee in dezelfde praktijk en onder min of meer dezelfde omstandigheden aan het werk. De vier anderen hadden een andere praktijk of een andere praktijkvorm gekozen. Hierbij werd zowel de overstap gemaakt van solo naar groep, van de ene naar een andere groepspraktijk, of werd een HAIO in de praktijk genomen.

3.2 Resultaten uit de interviews

Bij het opstellen en analyseren van de kernconceptenlijst valt op dat de factoren die aangegeven werden door de artsen als belangrijk in het ontstaan van hun burn-out in drie grote groepen kunnen onderverdeeld worden.

Een eerste groep zijn de factoren die te maken hebben met de praktische organisatie van de praktijk, zoals de organisatie van de spreekuren, de hoeveelheid consultaties per dag, het gebrek aan praktijkondersteuning, e.d.

Een tweede reeks factoren zijn deze die te maken hebben met de praktijkvorm: solo of een vorm van samenwerking gaande van duo- tot grotere groepspraktijken.

Tot slot zijn er de meer externe factoren die de werklast en de draagkracht van de arts beïnvloeden. Deze factoren hebben te maken met de combinatie tussen het werk en de privésituatie van de arts, de ondersteuning en de verplichtingen opgelegd door de overheid en tot slot een gebrek aan opleiding of coaching.

3.2.1 Factoren i.v.m. de praktische organisatie

3.2.1.1 Hoge werkdruk

Wat door meerdere artsen word aangegeven als een grote stressor is de volgeboekte agenda die weinig ruimte laat voor pauzes en geen kans geeft om te herademen gedurende een werkdag. Deze drukte blijkt niet altijd beheersbaar of controleerbaar te zijn.

> *" want ik denk, ja, als zelfstandige kunt ge beslissen hoeveel ge werkt, maar sorry, ik beslis niet hoeveel ik werk. De drukte van de praktijk en de ziekte en … DAT beslist. En dat zijn de praktijkomstandigheden die er ook hebben voor gezorgd dat ik in een burn-out ben terechtgekomen. In plaats van dat het in de zomer rustig werd en dat je even kan herademen en bekomen na onze 'seizoensarbeid' van de winter, dat kwam niet. Het werd zelfs nog drukker."*
>
> *(HA 8)*

"… ge wilt er ook wel nog zijn voor de kinderen, maar tegelijk had ik een enorm drukke praktijk, lange dagen, 's avonds werken enzo, elke dag laat thuis, dus dat was heel moeilijk allemaal. "

(HA 2)

Daarnaast zijn ook het aanbieden van meerdere avondconsultaties per week en ook het gebrek aan vakantieperiodes factoren die worden aangehaald door enkele artsen. Het inbouwen van vrije momenten en het bewaken van de grenzen wordt ook genoemd door artsen als ingrepen die zij gedaan hebben om hun te beschermen tegen burn-out na hun moeilijke periode.

"… en dan heb ik noodgedwongen een avond erbij genomen…. Als ik 2 avonden in de week werkte, dan kon ik die balans veel beter bewaren dan wanneer ik 3 avonden werkte. Ik had dat geléérd, ik wist dat van mezelf, en dat is dan zo debiel dat je dat dan toch voor krijgt eh!"

(HA 8)

"Goh, natuurlijk, vakantie neem ik wel, en dan spreek ik met collega's af om mij te vervangen, maar ik neem wel maar 1 week per jaar vakantie en da's weinig, da's heel weinig, da's een van de grote nadelen aan het alleen werken en ook een van de motivatoren om misschien de praktijkvorm toch wat te herzien."

(HA 3)

3.2.1.2 Vrije raadpleging

Door vrije raadplegingen te organiseren, ervaren artsen minder controle over hun werkuren, wat vooral in geval van andere verplichtingen stress geeft.

Enkele artsen die een burn-out doormaakten en in een systeem van vrije raadplegingen werkten, kozen er dan ook voor om hun consultaties te gaan organiseren op afspraak om zo een betere controle te kunnen bewaren over hun dagindeling.

"…een volle wachtkamer hebben terwijl ik bezig was, dat stoorde mij vroeger niet. Nu wel, nu kan ik dat niet. Ik werk nu heel strak op afspraak, omdat ik ambetant word als ik hoor dat er iemand in de wachtkamer zit. Dan jaag ik me op. En ik kan niet meer tegen… ik kan me niet meer haasten nu."

(HA 10)

De meeste artsen die geïnterviewd werden hadden echter reeds een afsprakensysteem. Zij vermelden dit meestal niet als negatieve noch als positieve factor te ervaren.

3.2.1.3 Wachtdiensten

Wachten worden door de meeste deelnemende artsen als algemeen belastend ervaren. Vooral het gebrek aan recuperatie na een weekwacht en extreem drukke of lange, soms 72 uur durende weekendwachten, maken het zwaar. Meestal wordt dit niet als één van de belangrijkste oorzakelijke factoren voor burn-out ervaren, maar veel artsen geven wel aan dat de wachten in de periode van aanloop naar hun burn-out toe zeer moeilijk te dragen waren of in enkele gevallen moesten verminderd, gedeeld, of zelfs gestaakt worden.

In enkele gevallen wordt een goed georganiseerde wachtdienst vermeld als een eerder beschermende factor, vooral dan door artsen die ooit zonder wachtdienstorganisatie gewerkt hadden. Toch garandeert een goed georganiseerde wachtdienst niet dat men het 'van wacht zijn' niet belastend vindt.

> *"De weekwachten vind ik heel belastend, want uw werkdag wordt gewoon uitgerekt en de volgende komt er ook gewoon na!"*
>
> *(HA 8)*

> *"Onze weekendwachten, als je die dan moest doen, die waren niet te overleven. Ik herinner mij echt scenes dat ik echt zei van "ik weet echt niet hoe ik dat moet overleven", en dat was echt niet pathetisch hoor, want ge zijt voor elke patiënt, ook nog die van maandagavond, zijt ge verantwoordelijk he. Dat was gewoon belachelijk…gewoon belachelijk…!"*
>
> *(HA 6)*

3.2.1.4 Gebrek aan praktijkondersteuning

Telefoonbelasting

Bijna alle artsen zagen de hoge telefoonbelasting als een enorme stressor die in sommige gevallen zelfs als één van de belangrijkere factoren voor het ontstaan van de burn-out werd aangegeven.

> *"Ja, de telefoonpermanentie. Dat is heel belastend!... het continu bereikbaar moeten zijn, de continue vragen, … Dat was echt wel heel belasten. Dat is zeker mee een bepalende factor geweest."*
>
> *(HA 2)*

> *"De telefoon is een enorme stressor he. Het is ook een direct appel. Het is net zo storend als iemand die je consultatieruimte komt binnen rennen."*
>
> (*HA 5)*

Meermaals werd dan ook aangegeven door de artsen dat door inschakeling van een telesecretariaat, of het in dienst nemen van een secretariaatsmedewerker en bijgevolg het wegvallen van deze telefoonbelasting, de artsen veel minder stress ervoeren.

> *"Nu hebben we een secretariaat en gedurende één uur per dag kunnen de mensen nog bellen, maar voor de rest schrijft de secretaresse op wie waarvoor gebeld heeft. Dus alle telefoons worden nu wat weg gefilterd. Als de secretaresse weg is kunnen we het telesecretariaat opzetten. Het is nog steeds een stressor, maar nu eentje die we kunnen uitzetten, een hele verbetering!"*
>
> *(HA 5)*

Administratief werk

Ook administratieve taken die bij gebrek aan praktijkondersteuning automatisch op de nek van de arts zelf terecht komen, zijn een belasting. Vooral in combinatie met volgeboekte agenda's of lang uitlopende vrije raadpleging wordt dit een probleem. Aangezien de administratieve taken in dat geval

vaak mee naar huis genomen worden, nemen ze zo immers een groot stuk van de al reeds schaarse vrije tijd in beslag.

> *"Dus ik moest altijd mijn post mee naar huis nemen, want dat kon ik op de praktijk niet gedaan krijgen en thuis kwam dat er weer niet van en ik had zo het gevoel dat ik totaal geen controle meer had op… dat ik geen vat meer had op mijn werk, ik kreeg dat niet gedaan, het was gewoon te veel!"*
>
> (*HA 1)*

De aanwezigheid van ondersteunend personeel wordt ook in dit opzicht hier en daar dan ook vermeld als een belangrijke positieve factor waarmee een deel van de werklast wordt weggenomen.

> *"… ik vind dat toch wel gemakkelijk… want ge hebt ook heel veel administratief werk, en ge krijgt nog tamelijk veel papieren binnen en die moeten toch ergens bewaard en geklasseerd worden, en ik ben blij dat ik dat zelf niet moet doen, eh, als ge dat 's avonds nog moet doen, uw stapel papieren nog in de mapjes gaan steken enzo, allee, dan schiet er niks meer over he."*
>
> *(HA 2)*

3.2.1.5 Digitalisering

Een element dat zeker nauw aansluitend is bij de vorige paragraaf, maar toch als een aparte factor te beschouwen, is de digitalisering. De omschakeling naar het EMD en het toenemende gebruik - en zelfs verplichting tot gebruik - van informatica in de huisartsenpraktijk wordt meermaals genoemd als een belangrijke stressor. Vooral door artsen die voordien werkten met papieren dossiers werd dit aangehaald.

> *"…het wordt administratief allemaal zo zwaar! En ze beloven vereenvoudiging… ik wil vooral huisartsenwerk doen… ik wil huisartsenwerk doen en niet met administratie bezig zijn..."*
>
> *(HA 9)*

> "*wat mij enorm zwaar valt is de digitalisering. Ik ben iemand die graag schrijft, ik hou van papier, ik heb een klassement dat naar mijn gevoel perfect werkt…. Ik wil dat systeem eigenlijk niet opgeven, ik heb daar heel veel baat bij… maar door de digitalisering… ze zetten u het mes op de keel … Nog een jaar en dan moet papier de uitzondering worden… Het is wel een zwaard van Damocles dat zo wat boven mijn hoofd hangt en waar ik niet door geraak."*
>
> *(HA 10)*

3.2.2 Factoren i.v.m. de praktijkvorm

3.2.2.1 Solo werken

De solo-artsen of artsen die wel in samenwerkingsverband maar toch in een apart gebouw werkten, meldden allemaal een aantal dezelfde factoren die voor hun te maken hadden met hun burn-out. Hierbij ging het vooral om een gebrek aan overlegmogelijkheden, het niet kunnen ventileren bij collega's over bijvoorbeeld een conflict met een patiënt, het gebrek aan sociaal contact, …

"Ik had dan soms een moeilijke consultatie en dan ging ik eens naar de keuken een tas koffie drinken, een koek pakken, maar daar is het niet mee weg hé, ge kunt het niet ventileren eh want ge zit alleen, ge kunt niet tegen uzelf ventileren…"

(HA 2)

Ook het feit dat de volledige organisatie van de praktijk door één persoon moet gedragen worden is een pijnpunt voor sommigen.

"het moeilijkste vond ik dat alles naar mij komt. Ik had geen omkadering, geen telefoonomkadering, geen secretariaat waar mensen zich konden aanmelden, ja heel de praktijkorganisatie komt op één persoon …"

(HA 5)

Tot slot kwam het continu beschikbaar moeten zijn als solo arts, evenals het gebrek aan back-up bij ziekte of andere noodgevallen en het moeilijker organiseren van verlof in de meerderheid van de interviews met de alleen werkende artsen duidelijk naar voor als een factor die ze zagen als mee bepalend voor het optreden van de burn-out.

"Want vrije momenten heb je als solist NIET. Die zijn er niet. Tussen 7 en 19 u ben je eigenlijk continu bereikbaar. Terwijl dat vrije uurtje dat zich dan midden in de dag situeert, eigenlijk profiteer je daar niet van, en ga je toch dingen op uw bureau doen en uw telefoon staat aan…"

(HA 3)

Door enkele artsen die voorheen als solo arts werkten en ondertussen de overstap maakten naar een groepspraktijk, werd de aanwezigheid van collega's als back-up en de mogelijkheid om te overleggen en ventileren dan ook als een groot voordeel en een bescherming tegen burn-out gezien.

"…vroeger was een arts toch echt meer individueel eh, 'ik en mijn praktijk' en de rest waren concurrenten, vijanden, en daar moet ge ook vanaf stappen, ge zijt collega's, ge moet proberen samen te werken, ja,… en dat lost veel op ook, ge voelt u relaxter, dat ge weet dat ge nog op een collega kunt terugvallen, kunt ventileren, …"

(HA 2)

"Het is nu allemaal wat gestroomlijnder, het overspoelt me niet meer, het werk. Ik bepaal het zelf en het lukt wel. Soms had ik het gevoel dat de vraag JOU bepaald, en dat gevoel heb ik nu zo niet meer. Nu kunnen de patiënten bij de collega terecht als het nodig is, ik hoef er niet meer altijd zelf te staan."

(HA 5)

3.2.2.2 Samenwerken

" Samenwerken, dat is een beetje zoals een huwelijk. Dat is geven en nemen en voor je trouwt weet je toch niet of het gaat werken op lange termijn… En dan denk ik, ja, dat is misschien wel een vergelijking die wel in bepaalde mate opgaat, maar niet volledig, want je bent niet verliefd op die persoon, dus een aantal frustraties worden niet met de mantel der liefde bedekt…"

Citaat uit interview met HA 8

Uit de getuigenissen van de solo werkende artsen bleek duidelijk dat het alleen werken zeker een aantal nadelen met zich meebrengt en dat een samenwerking een aantal voordelen biedt die belangrijk kunnen zijn in de preventie van burn-out. Dit werd besproken in de voorgaande paragraaf.

Toch is samenwerken in sommige gevallen ook duidelijk verbonden met een aantal stressoren, die zich dan weer op andere gebieden situeren, maar die ook zeer belangrijk zijn geweest bij een aantal artsen in de aanloop naar hun burn-out. In deze paragraaf worden deze stressoren die aan samenwerken met collega artsen gelinkt zijn verder besproken.

Om te beginnen is goede communicatie een voorwaarde voor een goede samenwerking en komt het ontbreken ervan in meerdere interviews naar voor als een belangrijk pijnpunt, wat uiteraard geen verrassing is. Goede communicatie draait om ruimte hebben voor dialoog, kunnen zeggen waar er problemen zijn en op die manier de kans op wederzijds begrip vergroten zodat naar oplossingen kan gezocht worden.

> "*Dus naar de burn-out toe had dialoog er misschien kunnen voor zorgen dat ik misschien makkelijker mijn eigen grenzen had kunnen en durven aangeven… en dat zij daar ook meer rekening mee had kunnen houden en mij daarvoor had kunnen behoeden."*
>
> *(HA 8)*

> *"…ik ben wel iemand die voor samenwerken is, ik werk liever samen dan alleen, maar het gaat over….. dat je dus ook de dingen kunt ZEGGEN in de groep, in het overleg. Dikwijls worden de dingen ook niet gezegd zoals ze zijn, of durf je het niet zeggen, of krijg je daar een slag in uw gezicht bij wijze van spreken ….. of wordt het van de tafel geveegd… en dan….. dan is dat ook moeilijk …"*
>
> *(HA 1)*

Uit één getuigenis van een arts, die na een moeilijke periode een nieuwe start heeft gemaakt in een groepspraktijk, komt naar voor dat het wel onderhouden van een goede routine om rond de tafel te zitten en een open communicatie na te streven een eerder beschermende factor is naar burn-out toe.

> HA5: "*Er wordt nu ook hard aan gewerkt om zo wat de spanningen op tijd te zeggen of te zeggen dat je het zwaar hebt, ook bv privé. We hebben daar wekelijks aandacht voor. We hebben elke week overleg en we hebben dat altijd eerst even een rondje met iedereen die er werkt, dus de secretaresse, de 3 artsen en de haio, waarin dan iedereen even zegt hoe het gaat ja, en of er iets is wat niet lekker loopt in de praktijk. En dat werkt wel echt heel goed."*
>
> *(HA 5)*

Naast - of misschien soms aan de basis van een problematische communicatie – worden nog enkele andere struikelblokken in de samenwerking tussen artsen aangegeven. Zo blijkt een gebrek aan overlegmomenten een factor die meermaals wordt aangehaald als een probleem dat er op zijn minst mee voor gezorgd heeft dat de arts in kwestie zich niet goed voelde in de praktijk.

> *"Ik denk, zowiezo het gebrek aan overleg en dialoog, dat dat een héél belangrijk punt is geweest. Want als er meer dialoog was geweest dan hadden bepaalde verschillen in ons functioneren duidelijker geweest voor elkaar. Achteraf was mijn conclusie: ik begrijp haar niet en zij begrijpt mij niet."*
>
> *(HA 8)*

Ook een verschil in visie op huisartsgeneeskunde, op aanpak van de patiënten, op beschikbaarheid en werkuren is een moeilijkheid in sommige praktijken.

> *"Het probleem was dat wij als jongere generatie heel veel veranderingen, moderniseringen wat betreft organisatie wilden doorvoeren en doorvoerden ook, want we kregen daar ook ruimte voor. Maar de mentaliteit was er niet bij de oudere artsen, en dat maakte dat de patiënten geen neuzen in dezelfde richting ondervonden, en daar eigenlijk ook mee speelden dan."*
>
> *(HA 7)*

> *"ik zet mijn avonden tot 20u, mijn collega die werkt makkelijk tot 23-24u door en dat is wel een verschil, ook naar hoe de patiënten kijken van wat een avond eigenlijk is voor u , zo van "zijt ge al naar huis?" of " kan ik er echt niet meer bij? Ja, ik heb dat altijd zelf als een moeilijk punt aangevoeld."*
>
> *(HA 8)*

Wanneer er tussen de artsen onderling een onevenwicht is, bv op het gebied van inzet, competenties, maar ook in karakter (één leiderfiguur, extravert versus introvert) blijkt dit ook in bepaalde ervaringen mee te spelen in een moeizaam verloop van de samenwerking.

> "*Dus één van die collega's dat was een zeer dominant iemand, allee, dat was zowat de onuitgesproken leider van de praktijk….en als die iets zei, ja dan…. Ik had daar niet genoeg gewicht tegenover…"*
>
> *(HA 1)*

Tot slot werd ook nog concurrentieel gedrag tussen collega's genoemd als dooddoener voor een succesvolle samenwerking tussen artsen in een groepspraktijk.

> *"Dat zegt ge niet graag he, 'ik vind dat ge mij patiënten afpakt' of 'ik vind dat ge uw niveau verliest'. Maar dat maakte allemaal dat we eigenlijk concurrenten waren…"*
>
> *(HA 9)*

> *"ja, dan ziet ge dat uw collega er onderdoor aan 't gaan is, ge probeert dan fysiek bij te springen om haar een beetje te ondersteunen en langs de andere kant heeft zij zo iets van "ge moet mijn patiënten ook niet afpakken want dat is inkomstenderving en ik wil niet minder gaan werken". Heel dubbele signalen…."*
>
> *(HA 8)*

Aan samenwerken zijn uiteraard ook een aantal voordelen verbonden. Zo is de mogelijkheid om moeilijkere dossiers te delen en te bespreken met een collega voor sommigen een groot voordeel.

> *"In de andere praktijk had ge echt zo uw eigen patiënten en ge stond er meer alleen voor, terwijl hier was het op dat vlak een andere visie en daar kon ik helemaal achter staan, dat de patiënten van de praktijk zijn, ge deelt die en als er een zware problematiek is, of palliatieve ofzo kunt ge dat met 2 doen, dat vind ik wel een verbetering, ja…"*
>
> *(HA 1)*

Ook het feit dat een groepspraktijk aan zijn leden een optie biedt om vakantie te nemen met behoud van de permanentie voor de patiënten wordt als een voordeel vermeld.

"die 24 uur op 24 en 7 op 7 bereikbaarheid, dat moet ge afschaffen, dat ge zegt van ja, we zitten nu met 4, dan neemt de ene vrij en dan de anderen, dat ge die vrije momenten toch hebt."

(HA 2)

Één arts zag in het samenwerken met een collega (HAIO) ook een preventieve maatregel tegen burn-out, omdat er meer structuur in de dagtaak kan gebracht worden en ook vrije momenten kunnen ingelast worden.

"Ik had het gevoel dat door met een HAIO te gaan werken mijn vrije tijd wat meer gestructureerd zal zijn. En ik heb het gevoel dat dat een heel belangrijk element is. Dat ik nu weet van mijn huisbezoeken zijn klaar en het volgende dat ik moet doen is de avondraadpleging, dat ik dat anderhalf uur dat daar nog tussen zit, kan doen wat ik wil … ik weet dat de telefoon wordt aangenomen. Ik denk dat dat wel een belangrijke stap is voor mij als burn-out preventie."

(HA 3)

3.2.3 Externe factoren

3.2.3.1 Combinatie werk-privé

Een job als huisarts combineren met een druk gezinsleven is niet altijd evident. Het blijkt dan ook een probleem dat meerdere van de geïnterviewde artsen aangaven te hebben ervaren en toch belangrijk vonden in de ontwikkeling van de burn-out. Ook bepaalde problemen in de privésfeer wegen soms zwaarder door, doordat de job als huisarts het vaak niet toelaat om tijd te nemen om op adem te komen in moeilijke periodes.

"*Ik denk dat het niet te onderschatten is als jonge huisarts en ge zit met kleine kinderen… allee dat is toch belastend die combinatie met het werk en als het dan niet genoeg kan afgebakend zijn…."*

(HA 1)

"*Bij mij was de gezinssituatie de hoofdoorzaak van de burn-out. Maar doordat je altijd zo hard moet werken, heb je weinig herstelmomenten. Ik denk dat dat algemeen zo is bij artsen, we hebben te weinig herstelmomenten. Ik denk dat het belangrijkste in preventie van burn-out is - we werken hard en hebben veel verantwoordelijkheid - dat we voldoende herstelmomenten inbouwen."*

(HA 4)

Ook wanneer artsen voor hun familieleden de behandelende arts zijn, blijkt dat voor sommigen onder hen een verzwarende factor geweest te zijn, zeker als ze te maken krijgen met ernstige ziekten bij de familieleden, maar ook omdat ze op deze manier minder makkelijk een scheiding tussen werk en privé kunnen bewaren.

"Een heel belangrijke factor was het jaar daarvoor dat mijn schoonvader palliatief geworden is. En ik kon dat er eigenlijk niet meer bij pakken, maar ik moest dat er wel bij pakken, ook bv

van mijn man. Die zagen dat niet dat ik dat niet meer kon. De enige die mij daarin hoorde was iemand van het palliatief team die daar kwamen…"

(HA 6)

Op een andere manier werd door één van de artsen net het gebrek aan familie of vrienden in de omgeving als steunende factor en ontspanningsgelegenheid aangegeven als een moeilijkheid waarmee de arts in kwestie te kampen had.

"Om te beginnen woonde ik ver van mijn privésituatie af. Ik woonde kort bij de praktijk,… dat maakte dat ik voor familie, vrienden, …… dat was bijna een daguitstap, en dat maakte dat ik daar heel sterk op mezelf aangewezen was. Ik had op dat moment ook geen relatie. Dus ja heel weinig privé-ondersteund en wonend midden in uw doelpubliek, dat kwam heel erg over mijn grenzen."

(HA 7)

3.2.3.2 Ondersteuning door de overheid

Opvallend in meerdere interviews is het gevoel van een gebrekkige relatie met de overheid. Artsen voelen zich gecontroleerd, weinig ondersteund en weinig gewaardeerd. Dit weegt in een aantal gevallen toch in belangrijke mate door.

"Het is geen overheid die waardeert wat ge doet. Er is geen vertrouwen, geen waardering naar huisartsgeneeskunde toe. En dat is voor mij ook demoraliserend geweest."

(HA 9)

"*… en ja, D4D en arts in nood komt dan wel en die co-artsen die nu opgeleid worden. Maar ge moet het wel altijd nog zelf gaan organiseren... En daar word ik soms zo boos over, dat de regering ons maar dingen in onze nek blijft duwen, maar dat er niks organisatorisch van bovenaf komt. Het moet allemaal bottom-up zijn."*

(HA 8)

Er wordt ook door enkele artsen een grote druk vanuit de overheid ervaren die aan de huisartsen wordt opgelegd. Het gaat hierbij om de druk om te voldoen aan bepaalde normen op gebied van administratie, om te presteren, te moderniseren, digitaliseren en zichzelf te organiseren zonder dat de huisartsen het gevoel hebben daarbij veel middelen te krijgen. Deze gepercipieerde druk wordt vaak als erg hoog en belastend ervaren en meermaals genoemd als één van de factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de burn-out.

"Die veranderingen he, dat heeft mij echt uitgeput en ik weet niet of Maggie De Block 'en daarboven' dat beseffen, maar ze zijn veel burn-outs aan het veroorzaken hé, mensen worden nu beloond als ze goed met de computer kunnen werken, maar dat zijn verdorie niet de huisartsen die ze nodig hebben. Ik kan me daar nog altijd kwaad in maken!"

(HA 6)

Eén van de elementen die tenslotte ook nog naar voor gebracht werden door enkele artsen is het onvoldoende aanwezig zijn van responsabilisering van de patiënten. In deze taak ziet men ook een rol weggelegd voor de overheid.

> "*En wat ook wel belangrijk is, maar ik denk dat dat een taak is ook van de overheid, dat de patiënten terug moeten opgevoed worden, dat ze toch ergens moeten weten wat hun grenzen zijn, eh, wij kunnen wel grenzen trekken voor onszelf, maar patiënten moeten ook grenzen trekken, want ze gaan vaak over de grens en dat is echt… allee dat zuigt u leeg."*
>
> *(HA 2)*

> "*Ik vind dat de overheid heel veel van ons vraagt en heel weinig van de patiënten…*"
>
> *(HA 10)*

3.2.3.3 Gebrek aan opleiding of coaching

De laatste items die in enkele interviews werden genoemd, waren opleiding en coaching. Door enkele artsen werd een gebrek aan opleiding of begeleiding i.v.m. een aantal zaken zoals praktijkmanagement, samenwerken, communicatie tussen collega's en persoonlijkheidsontwikkeling gezien als een gemis. Ze gaven aan dat meer opleiding, meer begeleiding hun misschien had kunnen beschermen tegen burn-out of andere problemen die aan de basis van de burn-out lagen, had kunnen voorkomen.

> "*Want we hebben wel communicatietrainingen over 'hoe doe ik een slecht nieuws gesprek', 'hoe ga je om met een patiënt die razend kwaad is omdat je iets gemist hebt' enzovoort. Maar ik vind dat daar perfect bij mag zitten: 'ge hebt een discussie met uw collega en ge weet niet hoe ge dat moet aanbrengen'. Ik vind dat dat daar perfect in thuishoort! Aangezien we toch meer en meer in samenwerkingsverbanden zitten is dat toch belangrijk."*
>
> *(HA 8)*

> *"We worden encyclopedisch en in vaardigheden opgeleid, en waar word je op geappelleerd in je praktijk? … dat is VOORAL op je persoonlijkheid! en daar word je helemaal niet in opgeleid en dat vind ik verschrikkelijk. Prop alles maar in je hoofd, en dan op een dag word je wakker en ben je arts … en dat is bullshit."*
>
> *(HA 6)*

Enkele artsen gaven ook aan dat ze deels in de problemen gekomen zijn doordat ze onvoldoende kennis van en begeleiding inzake praktijk management hadden. Het statuut van zelfstandige, het managen van de praktijk, en alles wat daar bij komt kijken blijkt geen evidentie te zijn voor sommigen.

> "*Wij zijn opgeleid als mensen-mensen en als clinicus, wetenschapper… maar praktijk-managers? Hoeveel fracties van percenten van onze opleiding…? In de huisartsenopleiding zie je daar een beetje over… Maar management, beslissingen, of hoe een financieel plan opstellen… 'nul-de-knoppen' weten wij daarvan."*
>
> *(HA 8)*

Ook praktijkcoaching is iets dat in meerdere interviews genoemd wordt, in die zin dat het als een gemis werd ervaren of vaker nog dat men er met goede resultaten gebruik van maakte bij een herstart na een burn-out. Vooral de artsen waarbij een problematisch samenwerking mee aan de basis van de burn-out lag, meldden praktijkcoaching als een positieve factor in de preventie ervan.

> "*We hebben ons door ECHT laten coachen en dat was goed. Daarmee hebben we een degelijke basis gelegd, goeie afspraken gemaakt…*"
>
> *(HA 5)*

> *"ik denk dat dat wel een verschil zou kunnen gegeven hebben … met ECHTT hadden we geweten waar onze valkuilen zitten, en zelfs als ge dan beslist van oké, we gaan toch in zee, we kunnen daar dan aandacht aan geven. En als je beslist om niet te gaan samenwerken heb je er ook veel tijd en energie en centen in gestoken, maar heb je je ook wel behoed voor een misstap."*
>
> *(HA 8)*

4 Discussie

4.1 Observaties uit deze studie

Onder de grote noemer van praktijkorganisatorische factoren kunnen we drie grote groepen van factoren herkennen die door de artsen gelinkt worden aan burn-out. Dit zijn als eerste groep de praktische organisatie van de praktijk, als tweede de praktijkvorm waarin de arts werkzaam is en als derde groep tenslotte de meer externe factoren met invloed op de praktijkorganisatie.

In de eerste groep zijn een hoge werkdruk met gebrek aan vrije tijd, een grote telefoonbelasting bij gebrek aan een secretariaat, drukke wachtdiensten, veel administratie en de toenemende digitalisering factoren die vaak aangehaald werden, onafhankelijk van de praktijkvorm of de leeftijd van de arts.

Wat de praktijkvorm betreft, blijken zowel solowerkende huisartsen als huisartsen die werken in groepspraktijken vatbaar te zijn voor burn-out. Bij solowerkende huisartsen vloeit de overbelasting vooral voort uit het feit dat alle zorgen, werk, administratie, permanentie, praktijkmanagement,... in eenzaamheid moeten gedragen worden. Bij huisartsen die in groepspraktijken werken, blijkt het kunnen delen van bepaalde lasten echter niet te voldoen als bescherming tegen burn-out en zien we vooral een mank lopende samenwerking aan de basis van het opbranden van huisartsen liggen. Moeilijke communicatie, ontbreken van overlegmomenten, verschillende visies op belangrijke aspecten van het huisarts-zijn, onevenwichtige relaties, concurrentieel gedrag,… kunnen een spanningsveld creëren en vergen zeer veel energie van de arts, boven op de energie die men als arts zowiezo al steekt in het goed uitoefenen van zijn beroep. Komen hierbij dan nog de andere praktische factoren zoals hierboven beschreven, dan worden deze ook veel moeilijker om dragen.

Bij de externe factoren die de praktijkorganisatie beïnvloeden, zien we dat balanceren tussen de drukke job en een gezin voor veel artsen geen evidente oefening blijkt. Ook blijft vaak te weinig vrije tijd over. Wanneer de grens vervaagt en familieleden ook patiënt worden blijkt dit ook moeilijk te dragen.

Verder blijkt dat de artsen zich vaak onvoldoende gewapend en ondersteund voelen in de uitoefening van hun beroep in al zijn aspecten. Men ervaart een tekort aan ondersteuning, waardering en responsabilisering van de patiënten door de overheid. Ook wordt bovenop de energie die men moet steken in de dagelijkse drukke praktijk nog een grote extra druk ervaren die wordt opgelegd vanuit de overheid om mee te gaan met alle veranderingen en verplichtingen inzake digitalisering e.d.. Tenslotte voelen artsen zich niet voldoende opgeleid in bepaalde zaken die bij het huisarts-zijn komen kijken en die los staan van de klinische vaardigheden en wetenschappelijke kant van het beroep. Samenwerken en intercollegiale communicatietechnieken, persoonlijkheidsontwikkeling en ook praktijk-management en -organisatie zijn zaken waar men, zo wordt in de interviews naar voor gebracht, te weinig kaas van gegeten heeft en waardoor men in bepaalde gevallen (sneller) in problemen dreigt te komen.

Een zeer positieve ervaring hadden veel artsen met praktijkcoaching. Dit werd als belangrijke ingreep vermeld door meerdere artsen, zowel deze uit een groepspraktijk met moeizame samenwerking als deze die van een solo- naar een groepspraktijk overstapten. Dit sluit aan bij de vorige paragraaf en stelling dat ondersteuning van de praktijkorganisatie en leren samenwerken als belangrijke factoren ervaren worden in succesvolle praktijkvoering en preventie van burn-out.

4.2 Toetsing van de resultaten aan de literatuur

In vergelijking met de bestaande literatuur over burn-out bij (huis)artsen vinden we met deze studie veel gelijkaardige resultaten. Hoge werkdruk en een moeilijke combinatie tussen werk en gezin evenals administratieve en telefonische belasting zijn factoren die ook in andere studies duidelijk naar voor komen (5, 15, 16, 17). Ook een gevoel van te weinig ondersteuning, het moeten up-to-date blijven met de vele veranderingen en een hoge opgelegde druk door de overheid vinden we terug bij andere auteurs, (15, 16).

Het houden van vrije spreekuren, een factor die in deze reeks interviews niet zeer sterk naar voor kwam, maar toch hier en daar vermeld werd als stressor, wordt in een Deense studie uit 2015 ook beschreven als een factor die verband houdt met burn-out, al kon geen causaal verband worden aangetoond.

Onvoldoende opleiding in communicatie en management werd ook in de literatuur aangegeven als predictoren voor burn-out bij artsen. Het betrof hier wel een studie in ziekenhuissetting en niet bij huisartsen (18).

Één van de belangrijkere factoren die in deze studie duidelijk naar voor komt, vinden we evenwel niet terug in studies over burn-out bij huisartsen in een setting zoals we ze in Vlaanderen kennen. Met name een problematisch verlopende samenwerking in duo- of groepspraktijken werd nooit eerder duidelijk in verband gebracht met een risico op burn-out. Wel vinden we deze factor terug in studies over burn-out bij artsen die in een ziekenhuis werkzaam zijn (18, 19). Ook een studie uitgevoerd bij huisartsen en internisten werkzaam in ‘ambulatory clinics’ in New York wijst op het belang van de werkomstandigheden, m.n. de communicatie, het vertrouwen en een gedeelde visie tussen collega’s in dezelfde praktijk (1).

4.3 Beperkingen en sterktes van het onderzoek

De grootste beperking van deze studie ligt in een aantal kenmerken van de ondervraagde populatie. Het betreft vooreerst een relatief laag aantal artsen, waarbij het lage cijfer o.a. te wijten is aan het beperkte tijdsbestek waarbinnen de studie liep, maar waarbij we ook durven denken dat het niet evident blijft voor huisartsen om over dit gevoelige thema te getuigen.

Ook werd voor deelname aan de studie geen strikte diagnose van burn-out vereist of werd geen onderzoek gedaan naar de zekerheid waarmee de arts een burn-out (gehad) had of er op zijn minst at risk voor was. We gingen hierbij voort op de eigen inschatting en integriteit van de deelnemende artsen.

Tijdens de interviews is het tenslotte mogelijk dat de interviewer de deelnemende artsen zou hebben beïnvloed, hetgeen zorgvuldig geprobeerd werd zoveel mogelijk te vermijden.

Met deze kwalitatieve studie werd getracht een idee te krijgen van de factoren eigen aan de organisatie van een artsenpraktijk die volgens artsen die ermee te maken kregen een burn-out in de hand kunnen werken. De studie moet daarom ook beschouwd worden als een verkennende studie en de resultaten mogen daarom ook niet gegeneraliseerd of kwantitatief geïnterpreteerd worden.

Één van de sterktes van de studie ligt in het feit dat de deelnemende artsen in verschillende praktijkvormen werkzaam waren, hetgeen er voor zorgt dat aspecten die ook net met deze praktijkvorm samenhangen aan bod kwamen.

Ook de grote bereidheid en openhartigheid van de geïnterviewde huisartsen is als een sterkte te beschouwen. Het bezorgt ons een realistisch beeld van het proces dat een arts doormaakt in aanloop naar zijn burn-out.

De deelname van artsen ‘at-risk voor burn-out’, die maatregelen genomen hadden om te voorkomen dat zij verder naar burn-out zouden evolueren, is ook een sterk punt. Hieruit leren we elementen die mogelijk als preventie kunnen aangewend worden door andere artsen die zich at-risk voelen tot het ontwikkelen van een burn-out.

4.4 Implicaties voor de praktijk

Het belang van burn-out bij huisartsen mag zeker niet onderschat worden. Veel factoren die in deze studie naar voor gebracht worden zijn factoren waar potentieel (preventief) aan gewerkt kan worden en dit werk kan dan misschien ook een aanzet zijn deze factoren verder te onderzoeken en vooral op zoek te gaan naar mogelijke ingrepen om een aantal van de oorzaken van burn-out bij huisartsen aan te pakken.

Het dringt zich op dat we evolueren naar een systeem waarbij het makkelijker of zelfs een evidentie wordt dat huisartsen meer ondersteuning krijgen in welke vorm dan ook: een (télé-)secretariaat, een praktijkassistent of verpleegkundige, ...
Ook een belangrijke troef zou kunnen liggen in ondersteuning in de vorm van een vervangingspool voor artsen die ziek zijn, met vakantie gaan of gewoon nood hebben aan een rustpauze. Misschien loont het in dezelfde denkwijze ook de moeite even stil te staan bij de huidige invulling van de permanentie. Momenteel draaien huisartsen die al een zeer drukke dagtaak hebben ook op

regelmatige basis mee in het wachtdienstensysteem, waardoor de arts vaak 36 uur of meer aan één stuk werkt.
Blijft dit realistisch? Kunnen we de nacht- en weekendpermanentie en de vervanging van huisartsen die om welke reden dan ook tijdelijk afwezig zijn misschien niet 'uitbesteden' aan artsen die hiervoor kiezen? Is er plaats voor een nieuwe afstudeerrichting of job invulling als 'wacht-arts' of 'vervangings-arts'?

Een eerder opvallend en misschien zelfs verrassend resultaat van deze studie betreft de link tussen burn-out en samenwerking tussen huisartsen. Daar waar men vaak de perceptie heeft dat de huisarts die zich te organiseert in een groepspraktijk of andere samenwerkingsvorm, zichzelf meer beschermt tegen uitputting en burn-out, wijzen de resultaten van deze studie toch in een gans andere richting. Samenwerken heeft ongetwijfeld meerdere voordelen, zo blijkt ook uit de getuigenissen van solo artsen die deze voordelen missen. Toch komen andere mogelijke moeilijkheden in de plaats en wordt zoals blijkt niet zelden de samenwerking of het mank lopen ervan als een belangrijke oorzakelijke factor voor burn-out aangevoeld door de betrokken huisartsen.
In een snel veranderend Vlaams landschap, waarbij allerhande samenwerkingsvormen tussen artsen een steeds grotere plaats krijgen ten koste van de solo arts, is het dan ook essentieel dat we ons goed leren organiseren en leren samenwerken.

Naast de nood aan meer ondersteuning en een eventuele hertekening van de invulling van het 'huisarts-zijn' zien we hier dan ook een grote uitdaging voor het geneeskunde onderwijs. In de opleiding tot huisarts zouden praktijkmanagement, persoonlijkheidstraining, samenwerking en intercollegiale communicatie een (grotere) plaats mogen krijgen, waardoor de huisartsen beter gewapend en voorbereid aan de job beginnen.

Een goed start nemen, een goede voorbereiding van de samenwerking, goede afspraken en een gedeelde visie, blijken sleutels die de deur van een succesvolle groepspraktijk openen, een praktijk waar artsen zich goed voelen en bijgevolg ook goede kwaliteit van zorg leveren.
Een laatste belangrijke rol ligt dan misschien opnieuw bij de overheid, om praktijkcoaching te subsidiëren en te koppelen aan het opstarten van een groepspraktijk of een nieuwe associatie.

5 Conclusie

Burn-out bij huisartsen is in Vlaanderen, niet anders dan in de rest van de wereld, een belangrijk probleem. De oorzaak is ongetwijfeld multifactorieel en kunnen we in drie grote groepen verdelen: de individuele, intrinsieke en extrinsieke factoren. Met deze studie focussen we op de extrinsieke factoren en werden praktijkorganisatorische kenmerken uitgelicht en verkend aan de hand van getuigenissen van enkele betrokken huisartsen zelf.

Meerdere factoren worden aangehaald in meerdere domeinen eigen aan de organisatie van een artsenpraktijk. Hoge werkdruk, moeilijk afgrensbare werkuren, administratieve en telefoonbelasting en digitalisering zijn algemeen aangehaalde factoren, evenals een moeilijke combinatie werk-gezin.

Opvallend is dat bij samenwerkende artsen deze puur praktische factoren vaak niet de overhand hebben in hun getuigenis, maar dat vaak de oorzaak van burn-out voor een groot stuk bij de groep zelf gelegd wordt.

Solo artsen lijden dan weer onder het feit dat alle zorgen, lasten, werk, permanentie,… in eenzaamheid moet worden gedragen.

Artsen in alle praktijkvormen blijken vatbaar te zijn voor burn-out, maar wat de oorzaken betreft blijken de accenten in de verschillende praktijkvormen dus op andere factoren te liggen.

Wat wel algemeen is, is dat artsen aangeven nood te hebben aan meer ondersteuning op verschillende niveaus: uitbesteding van allerhande administratieve taken, telefoonondersteuning, goede organisatie van de wachtdiensten, responsabilisering van de patiënten, … Ook geven ze aan een tekort te ervaren aan opleiding inzake een aantal domeinen die samenhangen met praktijkvoering zoals praktijkmanagement in al zijn aspecten, persoonlijkheidsontwikkeling en samenwerken en communicatie binnen een groepspraktijk.

Reeds in 2011 formuleerde het KCE 14 aanbevelingen voor de aanpak en preventie van burn-out bij huisartsen. Opvallend is dat een aantal van deze aanbevelingen sterk overeenkomen met de noden van de artsen die in deze studie hun ervaringen en bedenkingen wilden delen.

Positief bekeken, betekent dit dat er nog enorme kansen openliggen om de huisarts van nu en morgen beter te beschermen tegen burn-out!

Bibliografie

1. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Ann Intern Med 2009; 151: 28-36
2. Solera JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Spiridonova Asenova R, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008; 25: 245 - 265.
3. Jonkheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. België; 2011.
4. Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. Journal of Occupational Medicine and Toxicology (London, England). 2014; 9:10.
5. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. Cognitie, Creier, Comportament / Cognition, Brain, Behavior. 2012; 16(3): 423-452.
6. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. Presse Med. 2004;33(22):1569-74.
7. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. International Journal of Family Medicine. 2013;2013:383602.
8. N. Boffin, R. Cuypers, J. De Smedt, L. Pas. Groepspraktijken van Vlaamse huisartsen - Werkbelasting en tijdsbesteding. Huisarts Nu 2002;31(1):24-28
9. Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde. Een check-up. Health Services Research (HSR) Brussel: RIZIV/INAMI, 2012
10. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1995 Jul 1;311(6996):42-5.
11. Meyer J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. BMJ. 2000 Jan 15;320(7228):178-81
12. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 2000 Jan 8;320(7227):114-6.
13. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995 Jul 22;311(6999):251-3.
14. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360-71.
15. Goehring, Catherine, Martine Bouvier Gallacchi, Beat Künzi, Patrick Bovier. "Psychosocial and professional characteristics of bournout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey." Swiss medical weekly 135.7-8 (2005): 101-108.
16. F. Joseph Lee, Moira Stewart, Judith Belle Brown. Stress, burnout, and strategies for reducing them. Canadian Family Physician Feb 2008, 54 (2) 234-235
17. Joseph Rabatin, Eric Williams, Linda Baier Manwell, Mark D.Schwartz, Roger L. Brown, Mark Linzer. (2016) Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. Journal of Primary Care & Community Health. Vol 7, Issue 1: 41 – 43
18. Ramírez A, Graham J, Richards M, Gregary W (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet 347:724–728
19. Escriba-Aguir, V., Martin-Baena, D., & Perez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial workenvironment and burnout among emergency medical and nursing staff. International Archives of Occupational and Environmental Health, 80, 127-133

Bijlage 1. Kernconceptenlijst

Lijst 1. Factoren die bijdragen tot ontstaan van burn-out

- Werkuren, hoeveelheid consultaties
    - Druk belaste dagen
    - Avondwerk
    - Gebrek aan vrije momenten
    - Gebrek aan vakantieperiodes
- Vrije raadpleging
    - Minder controle
    - Interferentie met andere verplichtingen
- Gebrek aan praktijkondersteuning
    - Telefoon is zeer belastend
    - Hoge administratieve belasting
- Informatisering
    - Omschakeling naar (nieuw) EMD
    - Veel extra werk
- Wachtdiensten
    - Weekwacht zonder recuperatie
    - Drukke of zeer lange weekendwachten
    - Gevoel van onveiligheid
- Werk-privé combinatie
    - Jonge gezinnen
    - Minder flexibiliteit
    - Familieleden als patiënt
- Solo werken
    - Geen overlegmogelijkheden
    - Geen mogelijkheid om te ventileren
    - Gebrek aan sociaal contact
    - Geen back-up voor noodgevallen, ziekte, …
- Samenwerken
    - Communicatieproblemen
    - Concurrentie
    - Gebrek aan overleg – solo-artsen naast elkaar zijn
    - Verschil in visie
        - Op werkwijze
        - Houding tov patiënten
        - beschikbaarheid
    - Onevenwicht
        - Karakter
        - Dominante collega
        - competenties
    - gebrek aan collegialiteit en begrip

- Overheid
    - Gecontroleerd voelen
    - Veel verplichtingen
    - Weinig waardering ervaren
    - Weinig responsabilisering van de patiënten
    - Weinig ondersteuning
- Gebrek aan opleiding/coaching
    - Praktijkmanagement
    - Samenwerken
    - Communicatie tussen collega's
    - persoonlijkheidsontwikkeling

Lijst 2. Factoren die beschermend zijn voor burn-out

- samenwerken
    - gedeelde dossiers = gedeelde verantwoordelijkheid
    - overleg- en ventileermogelijkheid
    - makkelijker afbakenen van de werkuren
    - back-up bij noodgevallen, ziekte, ..
    - mogelijkheid tot inbouw vrije momenten
- praktijkondersteuning
- raadpleging op afspraak
- praktijkcoaching

Bijlage 2. Informed consent

KU Leuven
Faculteit Geneeskunde
Campus gasthuisberg O&N2
Herestraat 49 - bus 400
3000 Leuven

Toestemmingsverklaring (informed consent)

"De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen"

Ik verklaar dat ik op een voor mij duidelijke wijze werd ingelicht over de aard, de methode, het doel en de belasting van het onderzoek.

Ik weet dat de bekomen gegevens en resultaten van dit onderzoek volledig anoniem zullen verwerkt worden en enkel gebruikt zullen worden voor studiedoeleinden.

Ik behoud het recht om op ieder gewenst ogenblik mijn medewerking aan dit onderzoek stop te zetten zonder opgave van reden en ik weet dat dit op geen enkele manier negatieve gevolgen voor mij zal teweegbrengen.

Ik begrijp dat voor de medewerking aan dit onderzoek geen onkostenvergoeding voorzien kan worden.

Deze toestemming tot deelname aan de studie heb ik gegeven zonder enige druk van andere personen.

Ik heb dit formulier gelezen en stem hiermee in,

……..

Naam participant

…….. ……

Datum en plaats Handtekening participant

Bijlage 3. Uitnodigingsbrief

Tessenderlo, 24 juni 2016

Geachte collega huisarts,

Met deze brief wil ik u graag vrijblijvend uitnodigen voor deelname aan een onderzoek over burn-out bij huisartsen dat ik momenteel voer in het kader van mijn Manama thesis aan de K.U. Leuven.

Het doel van deze studie is een beter beeld te krijgen van de factoren die bijdragen tot het ontstaan van burn-out bij huisartsen. Meer bepaald wil ik nagaan welke aspecten van de praktijkorganisatie mogelijk kunnen bijdragen tot het ontstaan van burn-out.

Hierover is tot nu toe immers zeer weinig onderzoek gedaan. Toch ben ik er van overtuigd dat artsen die met burn-out te maken krijgen, aan hun collega's zeer waardevolle tips en inzichten kunnen meegeven hieromtrent. Het resultaat van deze studie zou eventueel kunnen resulteren in een reeks aanbevelingen die kunnen meegegeven worden aan de toekomstige generaties huisartsen in de hoop hen te beschermen/wapenen tegen burn-out.

Het onderzoek zal bestaan uit een interview dat ongeveer één tot anderhalf uur zal duren. De vragen die gesteld worden, hebben betrekking op uw persoonlijke ervaringen en visie op de eventuele link tussen verschillende aspecten van de praktijkorganisatie en burn-out.

Alle informatie uit dit interview zal uiteraard **strikt vertrouwelijk** behandeld worden en uw anonimiteit is zeker gewaarborgd. Alle interviews worden verwerkt en enkel het eindrapport is publiek.

Indien u zou willen deelnemen aan de studie zou dit uiteraard ten zeerste geapprecieerd worden aangezien ik van mening ben dat u door uw deelname zeer veel teruggeeft aan de beroepsgroep en belangrijke inzichten kan leveren over de invulling van het arts-zijn.

Uw deelname aan deze studie is uiteraard op **volledig vrijwillige** basis, vandaar deze anonieme en vrijblijvende uitnodiging.

Indien u wenst deel te nemen kan u een mail sturen naar Liesbeth.vanzeir@telenet.be of telefonisch contact opnemen via 0486/26 35 25. We zoeken dan samen naar een geschikt moment voor de afname van het interview.

Met vriendelijke groet,

Liesbeth Vanzeir
Huisarts in opleiding
- Praktijk Binnenhof te Tessenderlo (sept 2015 - aug 2016)
- Groepspraktijk Dr. Verhaert – Dr. Van Vlerken te Olen (sept 2016 – aug 2017)
Verbonden aan de K.U. Leuven

Bijlage 4. Leidraad bij de interviews

INTERVIEW BURNOUT

DOEL

Met het interview wordt een antwoord gezocht op de vraag of artsen die met een burn-out geconfronteerd worden een link zien in het ontstaan van de burn-out en een aantal praktijkorganisatorische kenmerken. Centraal hierin staan (1) **welke factoren** uit de praktijkorganisatie hebben bijgedragen tot het ontstaan van de burn-out, (2) wat het **belang van deze factoren** was in het ontstaan van de burn-out en (3)

Introductie

Laat ik me even **voorstellen**. Ik ben Liesbeth, HAIO verbonden aan de universiteit van Leuven. Dit interview vindt plaats in het kader van mijn thesis waarin ik een onderzoek voer over burn-out bij huisartsen en de link met praktijkorganisatie.

De **bedoeling** is een beter beeld te krijgen over de factoren die bijdragen tot het ontstaan van burn-out bij huisartsen. Meer bepaald wil ik nagaan welke factoren van de praktijkorganisatie volgens de huisartsen die met burn-out te maken krijgen, mogelijk hebben bijgedragen tot het ontstaan van deze burn-out. Hierover is tot nog toe immers weinig onderzoek gedaan en ik geloof dat deze informatie zeer waardevol kan zijn om collega's in de beroepsgroep te beschermen/wapenen tegen burn-out.

Het **interview** zal ongeveer één tot anderhalf uur duren. De vragen die ik u zal stellen hebben betrekking op uw ervaringen en uw visie op de link tussen praktijkorganisatie en burn-out. Er zijn dus geen juiste of foute antwoorden. Het is de bedoeling dat u de vragen zo ruim mogelijk beantwoordt. Hierbij mag u alles wat u denkt voelt of relevant vindt voor de vraag vermelden.

Alle informatie uit dit interview zal uiteraard **strikt vertrouwelijk** behandeld worden en uw anonimiteit is zeker gewaarborgd. Alle interviews worden verwerkt en enkel het eindrapport is publiek.

Het gesprek zal **opgenomen** worden via de smartphone, maar dit is enkel om de verwerking van het interview te vergemakkelijken.

Hebt u hierover nog **vragen of bedenkingen?**

Dan zou ik voordat we aan ons gesprek beginnen nog willen vragen deze korte vragenlijst even in te vullen. Het gaat om enkele algemene gegevens die belangrijk zijn voor de verwerking van de resultaten.

Geslacht

Leeftijd

Aantal jaren werkzaam als arts

Praktijkvorm

Gehuwd?

Kinderen?

Vragen

1. ***Vertel eens iets over hoe de organisatie van uw praktijk er uit ziet. Meer bepaald***

   A. Welke **praktijkvorm** heeft u
      a. *solo, duo, groep, …?*
      b. *Vertel eens iets over uw ervaring hiermee?*

   B. Kan u mij een idee geven over het **aantal patiënten** dat u gemiddeld ziet op een werkdag?

   C. Wat is het aandeel van de **huisbezoeken** in uw patiëntencontacten?

   D. Hoe zijn uw **consultaties georganiseerd**?
      a. *Is er een open spreekuur of werkt u op afspraak?*
      b. *Houdt u avondraadplegingen?*
      c. *Heeft u vaste vrije momenten tijdens uw werkweek?*

   E. Hoe zijn uw **wachtdiensten** georganiseerd?

      Is er een wachtpost of heeft u eigen praktijkwachten?

   F. Heeft u **praktijkondersteuning** in enige vorm
      a. *Verpleegkundige*
      b. *Secretariaat*

2. Ziet u een verband tussen de organisatie van uw praktijk in het algemeen en het ontstaan van uw burn-out?

3. Welke aspecten van uw praktijkorganisatie zijn voor u echt belangrijke factoren geweest in de aanloop naar uw burn-out?

   Praktijkvorm, aantal ptn per dag, organisatie vd consultaties, wachtdiensten, (gebrek aan) praktijkondersteuning

4. Als u opnieuw zou kunnen starten, zou u dan bepaalde dingen anders aanpakken of organiseren?
   Zo ja, welke? en wat zou u precies anders doen?

Bijlage 5. Protocol

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen" (mp11176)

Samenvatting aanvraag

De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen

Student(en): Liesbeth Vanzeir
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: multicentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
Steeds meer huisartsen organiseren zich de laatste jaren in één of andere vorm van samenwerkingsverband. Ook praktijkondersteuning is een groeiend begrip. Deze 2 evoluties doen soms vemoeden dat het leven van de Vlaamse huisartsen er makkelijker op wordt, maar naast deze vaststellingen wordt er toch ook meer en meer melding gemaakt van de grote prevalentie van Burn-out bij huisartsen in Vlaanderen. Een contradictie? Of vinden we burn-out net vooral bij die huisartsen die nog minder georganiseerd en met minder ondersteuning werken?

Vraagstelling:
Ervaren de Vlaamse huisartsen bepaalde praktijk-organisatorische kenmerken als (mede-)oorzaak van burn-out?

Methodologie:
Via semi-gestructureerde interviews bevraging bij artsen die in het verleden reeds een burn-out hadden, momenteel een burn-out doormaken of at-risk zijn. De vraag waarop een antwoord gezocht wordt, is of zij een link ervaren tussen praktijkorganisatorische kenmerken en het ontstaan van burn-out.

Er worden interviews uitgevoerd tot het saturatiepunt bereikt is.

De artsen zullen gecontacteerd en gerecruteerd worden via Docters4Docters en hun toestemming zal gevraagd worden om contact met hen op te nemen voor een interview.

De volgende zorgvuldigheidscriteria zullen hierbij in acht genomen worden:

- De onderzoeker (HAIO) zal niet zelf contact nemen met de artsen, maar ze zullen gecontacteerd worden via Docters4Docters (D4D) waar zij reeds een contactpersoon hebben ikv hun burn-out. De artsen kunnen dan volledig zelf bepalen of zij al dan niet wensen deel te nemen aan de studie en zullen enkel op vrijwillige basis hun contactgegevens bezorgen aan de onderzoeker via hun contactpersoon bij D4D.

- De artsen zullen op voorhand naam en praktijkadres van de onderzoeker (HAIO) krijgen zodat zij in geval van persoonlijke betrokkenheid kunnen weigeren deel te nemen aan de studie

- De onderzoeker zal pas na uitdrukkelijke toestemming de deelnemende artsen zelf contacteren om het verloop van de studie nader toe te lichten

- Zelfs na toezeggen van de artsen tot deelname zullen zij de kans krijgen zich op elk moment terug te trekken uit de studie, bv indien zij na toelichting over de studie zich bedenken.

- De gespre kken zullen plaatsvinden op een locatie en tijdstip dat de arts het best past. De deelnemende artsen zullen kort voor de gemaakte afspraak gecontacteerd worden en krijgen zo ook steeds nog de kans geboden om de afspraak te verplaatsen of te annuleren.

- Indien de artsen dit niet wensen dienen zij naam en praktijkadres niet mee te delen aan de onderzoeker. In dat geval mogen zij zelf contact nemen met de onderzoeker om een afspraak te maken op een neutrale plaats.

- Uiteraard wordt steeds volledige anonimiteit gegarandeerd

Promotor:
Mieke Vermandere (mieke.vermandere@med.kuleuven.be - u0062287 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Registratienummer:
mp11176

Bijlage 6. Gunstig advies van de Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)"

Van: Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>
Verzonden: woensdag 27 april 2016 13:39
Aan: Mieke Vermandere
CC: Liesbeth Vanzeir
Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen" **(mp11176)**

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen" 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 "De rol van praktijk-organisatorische kenmerken in het ontstaan van burn-out bij huisartsen" 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.)